~~12 C 3~~ 11. N. 3.

Library of

Thomas B. Curtis, M.D.

bequeathed to the

Boston Medical Library

Association.

1881.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/documentspourser00schl

Curtis
G. Schlumber

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

½ Red. Mov C

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'ÉTUDE

DE L'ÉRYSIPÈLE DU PHARYNX

ET DES VOIES RESPIRATOIRES.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Le Dr G.-L. SCHLUMBERGER,

Ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

PARIS
IMPRIMERIE DE A. PARENT
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, rue Monsieur-le-Prince, 31

1872

BOSTON PUBLIC LIBRARY

A Monsieur le Professeur TARDIEU,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MON PREMIER MAITRE ET BIEN CHER AMI,

M. LE Dr MANNES, DE PAU,

Médecin inspecteur adjoint aux Eaux-Bonnes.

A mon Maitre, M. le Dr PIDOUX.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX,

MM. DEPAUL, RICHET, EMPIS, MARROTTE, LABOULBÈNE, TILLAUX, ISAMBERT, DAMASCHINO LANNELONGUE.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES,

MM. VELPEAU et DENONVILLIERS.

A MES CHERS COLLÈGUES

Ch. MONOD, POZZI, BERGER,

Internes des hôpitaux.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'ÉTUDE

DE L'ÉRYSIPÈLE DU PHARYNX

ET DES VOIES RESPIRATOIRES.

INTRODUCTION.

L'érysipèle des muqueuses en général et celui du pharynx et des vois respiratoires en particulier, ne sont plus aujourd'hui niés ou contestés par personne. Nous ne venons donc point, à l'exemple de beaucoup de nos devanciers, chercher à accumuler ici des preuves en faveur de la réalité même d'une série d'affections que tout le monde s'accorde à admettre. Notre désir est plus modeste; il consiste simplement à enrichir de quelques observations intéressantes l'étude de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires, à résumer les travaux les plus récents qu'a inspirés ce point de la pathologie des muqueuses, et à insister peut-être plus spécialement sur certaines particularités de son histoire.

Notre but étant de nous occuper spécialement et uniquement de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires, nous avons passé sous silence tout ce qui a rapport à l'érysipèle des autres muqueuses, et particulièrement ces prétendues manifestations et ulcérations de nature

érysipélateuse qui auraient, dans certains cas, pour siége la muqueuse intestinale, et qui ont été décrites par MM. Lallier, Gubler, Larcher, etc.

Nous adressons ici nos vifs remercîments à nos collègues qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations, particulièrement à MM. Pozzi et Berger, à M. le Dr Langlet, ancien interne des hôpitaux, qui a mis à notre disposition toute une série d'intéressantes observations recueillies à l'hôpital Beaujon. M. Campenon, interne des hôpitaux, nous a, avec une extrême obligeance, autorisé à faire reproduire une planche se rapportant à une observation recueillie par lui à la Pitié, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, et que ce dernier nous a gracieusement permis d'intercaler dans notre travail.

HISTORIQUE.

L'histoire de l'érysipèle des muqueuses, autrement dit érysipèle interne, a passé par des phases bien diverses. Il en est de même de l'histoire plus spéciale de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires qui nous occupe aujourd'hui, et qui constitue la division la plus importante assurément de l'érysipèle interne. Admis et nié tour à tour, suivant que telle ou telle doctrine triomphait dans l'enseignement, regardé par les uns comme la conséquence d'une métastase, par les autres comme la simple propagation, l'extension de la phlogose extérieure, l'érysipèle des muqueuses, nous l'avons déjà dit, paraît enfin aujourd'hui accepté par tous, mais il n'en reste pas moins une affection toujours rare et intéressante.

La lutte qui s'est livrée au sujet de l'érysipèle du pharynx n'a pas précisément consisté à affirmer ou à nier l'existence même de symptômes inflammatoires du côté de l'isthme du gosier, coïncidant avec ceux d'un exanthème cutané. Il était difficile de ne pas admettre ce qu'il est si facile de constater, c'est que dans certains cas l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu coïncide avec une angine des plus violentes, compliquée souvent elle-même de symptômes inflammatoires des muqueuses avoisinantes. Mais les points spéciaux sur lesquels la discussion a longtemps porté étaient de connaître la nature véritable de cette angine, et en second lieu son mode de production. Etait-ce une angine simple, une simple phlogose des muqueuses, ou bien cette angine n'empruntait-elle point à l'élément érysipélateux un cachet partilier, un mode spécial d'évolution, une séméiologie distincte? Et pour ceux bien plus nombreux qui admettaient cette dernière théorie, la seule naturelle, la seule en harmonie avec les résultats de l'observation la plus vulgaire, une autre question se posait encore, qui, elle surtout, a divisé pendant longtemps, sur ce point particulier comme sur tant d'autres de même nature, les écoles et les observateurs. Nous voulons parler ici du mode de production. Quand l'érysipèle interne, au lieu de débuter à l'intérieur, paraissait succéder à un érysipèle externe, était-il le produit d'une métastase, d'une répercussion de l'exanthème, ou bien n'était-il pas plus simplement et plus naturellement la conséquence de l'extension à l'intérieur de la phlogose des tissus extérieurs?

On a discuté sur ce sujet jusqu'à une époque même peu éloignée de la nôtre, avant d'adopter franchement

la doctrine de l'observation directe, et d'admettre un érysipèle spécial des muqueuses en corrélation intime avec l'érysipèle cutané, soit qu'il ne constitue qu'une extension de ce dernier, soit qu'il le produise lui-même en se propageant à l'extérieur. Il est intéressant et nécessaire, dans une étude comme celle-ci, qui aspire à être un résumé de ce qu'on sait de positif sur l'érysipèle du pharynx, de retracer rapidement les opinions des auteurs sur cette matière.

Hippocrate, un des premiers, a fait mention de l'érysipèle des muqueuses, de celui de la gorge, entre autres. Il avait été frappé de l'étroit parallélisme, de la simultanéité d'action qui lient entre elles les affections de la peau et celles des muqueuses, et spécialisant encore plus, il en était arrivé à admettre l'érysipèle interne. Plusieurs passages de ses œuvres en font foi, et ont été cités par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. C'est ainsiu q'il dit dans ses *Aphorismes :* « Erysipelas « foras effusum *introverti*, minime bonum, et ab interio- « ribus *foras* bonum » (aph. 25, sect. VI).

C'est encore à la propagation de l'érysipèle aux bronches et aux poumons qu'il fait allusion, ainsi qu'à la gravité de cette transmission, lorsqu'il dit dans les *Coaques :* « Erysipelas foris quidem (instare) utile; intra autem ver- « gere lethale, cujus rei indicium est, quum rubore eva- « nescente, *pectus gravatur et ægrius spiritum trahit æger* » (*Coaq.*, par. XIV).

Plus loin il signale l'érysipèle de l'oreille interne, et dit que « chez quelques personnes l'érysipèle provenait du cou, et que, vers ce temps, cela se jugeait au visage. »

Hippocrate avait constaté, par la simple observation des faits de la nature, l'existence de l'érysipèle interne.

Galien vint après lui, puis Celse, puis toute la légion des théoriciens. Ils admirent l'existence de l'érysipèle interne, mais l'expliquèrent par leur doctrine favorite de la métastase.

Plus tard nous voyons Lange dire que l'érysipèle vient aussi bien aux parties internes qu'aux externes, et Ambroise Paré répéter que l'érysipèle de la matrice est mortel. Fabrice de Hilden, Boerhaave, Van Swieten, Borsieri et bien d'autres encore, marchèrent sur les traces de Celse et de ses disciples. Aussi, comme le dit M. Peter, en traitant de l'angine érysipélateuse, dans son remarquable travail sur les angines, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :* « Cette idée théorique de la métastase nuisit longtemps à la réalité de l'observation, et fit nier la réalité du fait : et, sous l'influence des doctrines de l'école physiologique, on révoqua longtemps en doute l'existence de l'érysipèle interne, en tant qu'inflammation spécifique. Qu'il y eût angine, par exemple, à la suite d'un érysipèle de la face, le fait ne pouvait être contesté, mais c'était purement et simplement une angine, tandis que pour nous cette angine est de nature érysipélateuse, c'est-à-dire spécifique par sa cause, son début, sa forme, sa marche et sa gravité possibles. » Ces quelques lignes résument fort bien toute l'histoire de la lutte qui s'établit sur la véritable nature de l'érysipèle du pharynx.

Fabrice d'Acquapendente, en 1592, traitant de l'érysipèle en général, admet un érysipèle interne, et affirme que quelquefois l'exanthème venant du col produit une *esquinancie en allant dans la gorge.* Plus loin, même, il va jusqu'à dire que l'érysipèle qui descend vers la trachée, ce qui arrive assez souvent, tombe dans les poumons et

produit une péripneumonie ou toute autre maladie (Fabr. d'Acq., 1re partie, chap. 8, liv. I du Pentateuque).

Richter, un des premiers, osa s'élever contre les conceptions d'Hippocrate, et écrivit que l'érysipèle des parties internes est une chimère. Mais peu après il avoue que « cependant, dans les parties internes et dans les viscères munis d'une enveloppe, d'une texture semblable à celle de la peau, il peut se former des inflammations superficielles qui, à cause de la similitude de structure, ont une grande ressemblance avec l'érysipèle, et peuvent, par conséquent, être nommées inflammations érysipélateuses.

Sydenham, à la fin du XVIIe siècle, Morton et plusieurs autres écrivains de leur époque, admirent l'érysipèle interne, et le décrivirent avec détails comme une affection fréquemment intercurrente dans d'autres épidémies de rhumatismes, d'angines, de péripneumonies, etc.

Tous ceux qui ont étudié l'érysipèle interne et en particulier celui du pharynx et des voies respiratoires connaissent le passage où Darluc, dans sa relation de l'épidémie de Caillan, décrit avec une si saisissante vérité ces cas d'érysipèle malin compliqués de phénomènes ataxiques, et souvent de manifestations morbides du côté du pharynx. *Dans certains cas*, dit-il, *la matière morbifique, attaquant également le visage, se jetait sur la gorge, viciait la déglutition; la voix devenait rauque, avec une espèce de suffocation, gonflement dans les muscles du cou, et tous les symptômes de l'esquinancie.* C'est bien là le véritable érysipèle du pharynx que nous allons décrire.

Au XVIIIe siècle, les principaux auteurs admirent sans difficulté l'existence de l'érysipèle interne. Fr. Hoffmann, Lorry en ont parlé. Hoffmann, surtout, est des

plus explicites, principalement dans le remarquable passage suivant, qui a trait à l'érysipèle de la face : « Faciem « si occupat..... spiritus difficile trahitur, nares et fauces « aridæ valde sunt et siccæ, et torpor plerumque ac sopor « conjunctus est, quin ob propinquitatem cerebri, metuen- « dum ne in phrenitidem vel lethargum degeneretur letha- « lem. » Cette éruption, dit-il, n'est pas critique, en ce sens qu'elle n'enlève pas la fièvre ; cependant elle est de bon augure, parce qu'elle détourne une partie du mal concentré en un point, et annonce un effort salutaire de la nature. Ailleurs il dit que l'érysipèle, en changeant sa forme, peut se porter aux parties internes et produire différents maux : l'angine, la péripneumonie.

Cullen, au milieu du XVIIIe siècle, rompant en visière avec les idées de son temps, nie que l'érysipèle puisse siéger sur les parties internes autres que celles couvertes par un épithélium. Son annotateur Bosquillon va plus loin, et prétend que tout ce qu'on a dit des érysipèles internes n'est pas fondé, que tout au plus peut-on les admettre sur la muqueuse buccale et celle du commencement des voies digestives. Cette opinion de Cullen, qui ne veut admettre que l'érysipèle par propagation et continuité de tissus, est bien plus conforme à la vérité que celle de J.-P. Frank, qui, tout en admettant l'érysipèle interne, le déclare le fruit d'une métastase. Cependant il est très-affirmatif, et s'exprime en ces termes sur l'existence de l'affection qui nous occupe : « Nullum « ergo de interni erysipelatis frequentia dubium superesse « potest, licet signa caracteristica. » Il ajoute que la différence entre l'érysipèle interne et l'inflammation est établie par le caractère épidémique et contagieux, les causes

et la constitution cachectique, qui sont le propre des érysipèles.

Georges Gottlob admit aussi l'érysipèle interne, mais continua à faire jouer dans son histoire un rôle capital à cette décevante théorie de la métastase, si chère aux médecins d'autrefois. Cependant il voulut bien reconnaître que dans certains cas l'exanthème pouvait succéder directement à la propagation de l'inflammation par continuité de tissus.

Au commencement du siècle où nous vivons, il est encore peu question de l'érysipèle interne, et dans les nombreux travaux qui parurent à cette époque sur l'érysipèle en général, nous ne trouvons que peu de choses à noter qui aient trait à ce point particulier de son histoire. James Copland seul en donna une bonne description dans son dictionnaire de médecine qui parut en 1814.

Plus nous nous rapprochons de l'époque contemporaine, plus les travaux et les observations se multiplient, sans cependant être jamais très-nombreux. En même temps on en revient de plus en plus à la tradition ancienne, la tradition hippocratique, qui est la bonne; et à mesure que l'on voit augmenter le nombre et l'exactitude des observations, on voit aussi diminuer la tribu des partisans de la métastase, qui cèdent le pas à ceux de la théorie plus saine et plus rationnelle de l'inflammation par propagation aux tissus voisins. Ces derniers admettent un érysipèle *essentiel* du pharynx, caractérisé par un appareil symptomatique jusqu'à un certain point spécial. Ces résultats plus vrais ont, surtout dans ces dernières années, inspiré de bons et nombreux travaux, bien que les cas d'érysipèle pharyngien soient en somme

fort peu communs, et qu'on n'en trouve guère que de rares observations dispersées dans les revues et journaux de médecine. De nos jours même, un cas nouveau et bien caractérisé de cette affection est encore considéré comme une bonne fortune pour l'étude de l'érysipèle.

Parmi les auteurs modernes qui ont contribué à faire connaître l'affection dont nous nous occupons, il faut citer MM. Bouillaud, Rayer, Léveillé, Pidoux, qui en ont admis et prouvé l'existence en s'appuyant sur plusieurs observations intéressantes, mais sans en faire l'objet de travaux spéciaux. On peut même dire que jusqu'à la publication, en 1848, de la thèse de Lailler, l'érysipèle du pharynx, quoique admis en principe, était en quelque sorte resté oublié. Deux observations remarquables, publiées par M. Gubler dans la thèse que nous venons de citer, une surtout où la mort fut amenée par l'apparition d'un œdème de la glotte, attirèrent de nouveau sur ce point l'attention des observateurs.

A Londres, M. Gall en 1849, à Paris, M. Goupil en 1852, présentèrent à leurs collègues de la Société médicale du sud de Londres, et de la Société médicale d'observation de Paris de curieuses et intéressantes observations.

Parmi les traités spéciaux qui ont été faits sur l'érysipèle interne il convient de citer les thèses de MM. Aubrée, Ed. Labbé, Calbo, Fenestre, et le travail de M. Pihan publié dans l'*Union médicale* de 1861, plus spécialement destiné, il est vrai, à étudier les rapports de l'érysipèle avec la fièvre puerpérale, mais qui a cependant fait connaître plusieurs observations inédites d'exanthème pharyngien.

MM. Béhier et Hardy, dans la dernière édition de leur

Pathologie interne, ne font pas mention de l'érysipèle des muqueuses. Ils disent seulement, au tome III, que les inflammations des organes internes, coïncidant avec l'érysipèle, ne sont que des complications.

M. Gintrac, de Bordeaux, dans sa Nosographie, déclare que les phlegmasies des membranes muqueuses n'ont aucune affinité directe avec l'érysipèle, et que si on les rencontre concurremment avec l'exanthème cutané, elles n'en restent pas moins distinctes ; il ajoute que ce sont des maladies successives, et qu'elles mériteraient plutôt le nom de maladies érythématiques. Et cependant ce même auteur nous rappelle quelques pages plus loin que les phlegmasies des muqueuses se sont fréquemment montrées avant ou pendant le cours de l'érysipèle. « M. Gull, ajoute-t-il, a exposé des faits remarquables d'alliance de l'angine, de la stomatite et de la rhinite avec l'érysipèle ; le voile du palais était tuméfié, œdémateux ; l'inflammation pénétrant dans le larynx formait la complication la plus formidable. Dans l'épidémie de Montrose et dans celles du Canada, ces coïncidences étaient fréquentes. » Il cite encore l'épidémie observée par Larrey en 1717, où les érysipèles s'accompagnaient de symptômes d'inflammation et d'irritation gastro-intestinale, et se terminaient quelquefois brusquement par la gangrène du larynx. On voit donc que M. Gintrac n'est pas si affirmatif qu'il pourrait le paraître lorsqu'il nie toute affinité entre l'érysipèle et l'inflammation des membranes muqueuses.

M. le Dr Armand Després, dans son Traité de l'érysipèle publié en 1862, ne croit pas non plus qu'on puisse admettre la nature purement érysipélateuse de la phlogose des muqueuses. Voici ce qu'il dit à cet égard : « Nous pensons pour notre part que toutes les altérations

inflammatoires des muqueuses marchant avec l'érysipèle sont des complications ; qu'il en est pourtant dont la lésion est superficielle et occupe le réseau lymphatique superficiel, et que, puisque nous avons un mot pour désigner ces inflammations, par exemple, l'angine érythémateuse, il n'y a aucun avantage à substituer le mot érysipèle à celui d'inflammation superficielle. »

Nous ne savons si M. le Dr Després a modifié ses opinions sur ce point depuis la publication de son Traité de l'érysipèle ; mais nous croyons pouvoir affirmer qu'elles rencontreront de nombreux contradicteurs. En effet, si l'érysipèle du pharynx a eu ses adversaires et ses détracteurs, il a eu dans ces derniers temps un bien plus grand nombre de défenseurs.

Trousseau a traité, dans ses *Cliniques*, de l'érysipèle de la gorge et du pharynx, qu'il accuse de produire souvent comme conséquence ultime l'œdème de la muqueuse du larynx ; il distingue du reste nettement l'érysipèle du pharynx des autres inflammations de cette région, et en particulier de l'angine catarrhale. « Dans le mal de gorge érysipélateux, dit-il, la douleur est bien plus violente, la tuméfaction de la muqueuse plus prononcée, la fièvre plus vive, les ganglions du cou plus enflés et volumineux. »

En 1858, M. Dechambre publia dans la *Gazette hebdomadaire* une curieuse observation d'angine pharyngée érysipélateuse.

Enfin, dans les *Archives générales de médecine* (1862), M. le Dr Cornil, alors encore interne des hôpitaux, publia sur le sujet qui nous occupe un long et intéressant mémoire, le plus complet et le plus sérieux qui ait paru, où, reprenant avec soin l'histoire de l'érysipèle pharyn-

gien, et se basant sur un certain nombre d'observations inédites recueillies pendant l'épidémie d'érysipèles qui sévit durant l'hiver 1861-1862, le jeune savant s'attache surtout à réfuter, peut-être un peu trop catégoriquement, l'opinion qui refuse tout caractère spécial à l'exanthème érysipélateux. Cette dernière opinion a, en particulier, été soutenue par M. le Dr Aubrée, dans sa thèse publiée à Paris en 1857. Bien loin de professer cette manière de voir, M. Cornil commence par diviser la description des symptômes de l'affection qui l'occupe en trois groupes principaux qu'il regarde comme des degrés successifs de la même manifestation pathologique, et qui sont caractérisés comme les divers degrés de l'érysipèle cutané, le premier par une rougeur diffuse de couleur spéciale, le second par des phlyctènes remplacées bientôt par une exsudation blanchâtre, le troisième enfin et le moins fréquent par la gangrène ordinairement limitée des tissus malades. Tous ces symptômes locaux, soit visibles à l'œil, soit fonctionnels, appartiennent en propre à cette affection, et, selon M. Cornil, peuvent la faire distinguer, sinon certainement, du moins presque toujours, des autres angines spécifiques.

Les conclusions de M. Cornil sont justes en grande partie, mais il a peut-être, comme nous le verrons lorsque nous traiterons du diagnostic, posé à ce sujet des règles trop absolues, et considéré comme une chose plus facile et plus nette qu'elle ne l'est en réalité, la distinction de l'exanthème pharyngien d'avec les autres angines, si l'on ne veut s'appuyer que sur la seule inspection des symptômes locaux. Son Mémoire n'en reste pas moins une monographie parfaitement bien faite et très-complète qui nous a servi de base et de guide pour notre travail.

En 1862, M. le docteur Desprès a consacré, dans son Traité de l'érysipèle, un chapitre spécial à l'érysipèle des muqueuses, chapitre que nous avons déjà cité plus haut.

Le docteur Bourgogne a fait paraître la même année, une monographie que nous n'avons pu consulter.

En 1865, un jeune docteur étranger, M. Ciure, publia, dans sa thèse soutenue à Paris, un nouveau et utile renfort d'observations inédites ayant trait à l'exanthème pharyngien, et insista sur quelques points de son histoire. Son travail est fort utile à consulter et constitue, avec celui de M. Cornil, ce qui a été écrit de plus complet sur ce sujet.

Cette même année 1865, M. le Dr J. Simon fit paraître dans les *Archives générales de médecine* deux observations d'érysipèle cutané compliqué d'érysipèle interne. Une de ces observations surtout, sur laquelle nous aurons plusieurs fois l'occasion de revenir, contient des faits d'un très-grand intérêt, et en particulier un examen nécroscopique des plus instructifs.

En 1866, l'Académie de médecine ayant mis au concours un travail sur l'érysipèle épidémique, couronna le mémoire de M. le Dr Daudé de Marvejols. Dans ce traité très-complet, mais un peu diffus, l'auteur consacre de nombreuses pages à l'étude des divers érysipèles des muqueuses, qui accompagnent fréquemment l'érysipèle épidémique à titre de complications. Son mémoire contient plusieurs observations inédites d'érysipèle pharyngien.

M. le Dr Dion, dans sa thèse soutenue à Paris en 1869, et portant pour titre : *Etude sur quelques points de l'érysipèle*, a aussi publié un certain nombre d'observations d'exanthème pharyngien érysipélateux.

M. le Dr Peter, dans son article sur les angines, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, a consacré quelques pages à l'érysipèle du pharynx. Il y passe rapidement en revue les principaux points de l'histoire de cette affection, et les fait suivre de quelques considérations particulières, qui résument d'une manière très-nette sa manière de voir à ce sujet.

Dans l'article *Angine* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, M. le Dr Desnos a insisté aussi, mais beaucoup plus brièvement, sur l'angine érysipélateuse.

M. le docteur Lasègue, dans son *Traité des angines*, publié en 1868, a consacré une quarantaine de pages à l'angine érysipélateuse, qu'on aurait tort, dit-il, nous ne savons trop pourquoi, de continuer à désigner sous le nom d'érysipèle du pharynx. Cet auteur a cru devoir diviser l'histoire de l'angine érysipélateuse en trois sections, selon qu'elle atteignait l'enfance, l'adolescence ou l'âge mûr.

Nous reviendrons sur cette division à la fin de notre travail.

Dans ces dernières années, la *Gazette des hôpitaux* a publié plusieurs observations inédites d'érysipèle des muqueuses, dont quelques-unes trouveront ici leur place.

Il n'en a pas été de même des autres journaux médicaux où l'on ne trouve rien, ou presque rien, sur ce point particulier.

Voulant être aussi complet que possible, nous avons parcouru très-soigneusement les tables de toutes les dernières années des journaux de médecine suivants : l'*Union médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, les journaux médicaux de Strasbourg et de Montpellier, *the Medical times*, *the*

Lancet, le *Centralblatt für die med. Wissenschaft;*—nous avons consulté le résumé général des travaux médicaux publié chaque année en Allemagne sous le titre de *Kanstatt's Jahresbericht.* Dans aucune de ces publications, nous n'avons trouvé ce que nous cherchions, et, sauf quelques observations très-écourtées, sauf quelques brèves et insuffisantes mentions, nos recherches ont été absolument inutiles.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous diviserons l'étude des symptômes de l'érysipèle du pharynx en trois chapitres :

1° Celui des prodromes ;

2° Celui des symptômes généraux, sur lesquels nous insisterons peu;

3° Celui des symptômes locaux, qui sont de beaucoup les plus importants.

1. *Prodromes.* — Ce sont ceux de l'érysipèle en général, avec cette différence que lorsque l'érysipèle interne débute d'emblée sur la muqueuse, soit du pharynx, soit des fosses nasales, les prodromes sont marqués par les symptômes ordinaires annonçant l'apparition prochaine d'une inflammation de ces muqueuses, soit angine, soit rhinite. En un mot, souvent avant qu'on puisse positivement affirmer que l'érysipèle ait éclaté, on a déjà constaté chez le malade, soit un coryza, soit un mal de gorge accompagné de surdité et de douleur pendant la déglutition.

Quant aux prodromes communs à tous les érysipèles, nous ne ferons ici que les énumérer rapidement. Ce sont,

avant tout, un ou plusieurs frissons violents, accompagnés de sensation de froid, puis de chaleur, de claquement des dents, un malaise, une courbature, une lassitude extrême accompagnée d'agitation, enfin tous les prodromes précédant ordinairement l'invasion d'une phlegmasie aiguë. La soif est intense, les urines rares et rouges, la peau sèche, rude, brûlante. A ces symptômes sans caractères particuliers viennent se joindre presque constamment des vomissements répétés, sur la nature desquels nous reviendrons dans le prochain chapitre. Les caractères tirés de l'inspection de la langue, de l'état des fonctions digestives n'offrent rien de particulier.

Ce serait ici le cas de parler de ce symptôme si important, auquel on a donné le nom d'engorgement prodromique des ganglions lymphatiques, et qui joue un rôle considérable dans l'histoire de la pathologie de l'érysipèle.

Nous n'entamerons point la question si ardue et si controversée de la valeur prodromique ou non de ce signe. Nous rappellerons seulement que, tandis que les uns ont voulu faire de l'engorgement ganglionnaire un signe précurseur essentiel, constant, d'une valeur absolue, de la phlogose érysipélateuse ; les autres, à la tête desquels se place Velpeau, n'admettent point l'adénite comme un symptôme exclusivement prodromique, mais bien comme un phénomène deutéropathique ; ils le regardent non comme un avant-coureur de l'érysipèle, mais comme une manifestation d'un état pathologique déjà en puissance d'action. Ils en admettent la fréquence extrême, mais le considèrent simplement comme la conséquence de la cause morbide spécifique de l'érysipèle qui vient se

déposer sur la plaie et irrite les capillaires primitivement; puis cette irritation, jointe à la lésion chirurgicale, se propage consécutivement aux ganglions correspondants. Ceux-ci ne sont donc atteints que secondairement. En résumé, pour les partisans de cette opinion, tout érysipèle serait, sans exception, de nature chirurgicale, et toutes les fois, par exemple, qu'on aurait constaté l'adénite sous-maxillaire avant l'apparition de l'érysipèle facial, c'est que le mal, avant de paraître à la face, existait déjà au cuir chevelu, et on l'aurait trouvé, sans nul doute, si on l'y avait bien cherché.

Nous l'avons dit, il n'entre point dans notre plan d'entrer plus avant dans cette discussion spéciale. Il nous paraît un peu absolu de ne reconnaître qu'un érysipèle chirurgical, surtout lorsque nous nous occupons ici de l'érysipèle interne, ce type des érysipèles dits médicaux. Mais nous sommes parfaitement d'accord sur ce point que, tout en attachant une valeur très-considérable, prédominante même, à l'engorgement ganglionnaire comme symptôme de l'érysipèle, on ne saurait cependant lui assigner une signification prodromique absolue, et si l'érysipèle, avant de se manifester nettement dans la gorge, est, dans bien des cas, précédé d'un engorgement ganglionnaire douloureux qui doit attirer l'attention sérieuse du praticien, il n'en est pas moins vrai de dire que souvent aussi la douleur et la rougeur de l'angine érysipélateuse apparaissent presque simultanément avec l'engorgement. Quelquefois même, mais bien plus rarement, l'adénite suit l'érysipèle.

Pour nous résumer, au lieu de dire avec M. le Dr A. Desprès que l'engorgement ganglionnaire ne peut être envisagé comme prodrome de l'érysipèle, mais qu'il en

serait plutôt la conséquence, surtout dans les cas où la maladie se manifeste sur une région dont les lymphatiques communiquent largement avec un tronc, nous continuerons à affirmer l'importance de cet engorgement ganglionnaire dans le cas particulier qui nous occupe, à tel point que pour nous, comme nous le répéterons au chapitre du diagnostic, la seule apparition d'un engorgement ganglionnaire cervical douloureux, accompagné d'un peu d'angine, chez un malade placé dans un milieu exposé à la contagion érysipélateuse, une salle d'hôpital par exemple, doit mettre le praticien sur la voie et lui faire entrevoir la possibilité de l'apparition d'un érysipèle du pharynx.

2. *Symptômes généraux.* — Les symptômes généraux n'empruntent aucun cachet particulier à la présence de l'énanthème pharyngien ; ce sont ceux de l'érysipèle en général, longuement et minutieusement décrits dans les traités spéciaux.

Nous rappellerons seulement que dans la presque totalité des observations publiées sur l'érysipèle du pharynx, ce sont, comme du reste dans la majorité des cas d'érysipèle ordinaire, les troubles gastriques qui ouvrent la scène ; c'est, en un mot, la forme gastrique qui prédomine, du moins au début, soit que l'énanthème succède seulement à l'érysipèle externe, soit, au contraire, qu'il débute d'emblée sur la muqueuse pharyngienne. Dans presque toutes nos observations aussi, nous trouvons notés tous les symptômes généraux qui caractérisent ce qu'on pourrait appeler la forme gastrique de la phlogose érysipélateuse, c'est-à-dire les frissons, la lassitude, les troubles de la digestion, l'inappétence abso-

lue, les nausées, les vomissements. Tantôt l'on voit ces symptômes persister jusqu'à la disparition de l'énanthème, tout en diminuant d'intensité au fur et à mesure de la marche de l'affection. Tantôt, au contraire, on les voit cesser, plus ou moins brusquement, au bout de quelques jours, pour faire place à des symptômes généraux d'un autre ordre.

Au sujet de ces manifestations de la forme gastrique, M. Ciure insiste dans sa thèse sur la nature spéciale des vomissements ; il croit avoir remarqué leur nature exclusivement bilieuse, lorsque l'érysipèle débutait par le pharynx. Il va jusqu'à dire que ces vomissements n'étaient plus bilieux, mais de nature variable, au contraire, quand cet organe n'était atteint que consécutivement à un érysipèle de la face. Pour ce qui nous regarde, et nous croyons que tout le monde sera de notre avis, il nous est impossible de voir dans ce fait rien de caractéristique, et nous ne croyons pas qu'il soit possible de pronostiquer telle ou telle manifestation érysipélateuse par la nature plus ou moins bilieuse des vomissements.

Si les symptômes gastriques prédominent ordinairement, il n'en est pas toujours ainsi. Souvent même ils sont remplacés, presque dès le début, par une autre catégorie de symptômes bien autrement sérieux, et dont l'ensemble constitue ce qu'on est convenu d'appeler la forme adynamique des maladies fébriles. Tout le monde connaît ces symptômes d'une si grande gravité : prostration extrême des forces, diarrhée involontaire, délire continu, soubresauts des tendons, pouls fréquent, filiforme ; fuliginosités des gencives et des dents, langue sèche et fendillée, et tous les autres phénomènes qui sont sous la dépendance d'une grave modification survenue dans la

composition du sang, en particulier des hémorrhagies par toutes les voies, et principalemnt par les muqueuses. Généralement ce n'est, comme dans les cas graves d'érysipèle ordinaire, qu'après trois ou quatre jours de manifestations à forme gastrique que se montrent les premiers symptômes d'adynamie; mais quelquefois, et nous en avons un exemple dans nos observations, ils apparaissent au début même de l'affection et lui impriment aussitôt un cachet de gravité tout spécial. Dans cette forme, malheureusement encore trop fréquente, de l'énanthème pharyngien, la terminaison fatale est presque la règle. Nous en avons un exemple dans l'observation si intéressante publiée dans les *Archives médicales* de 1865, par M. le Dr J. Simon, et que nous aurons encore plusieurs fois l'occasion de citer.

Ce qui paraît avoir vivement frappé, dans le cas dont nous parlons, cet observateur distingué, c'est cette violence, cette brusquerie dans le début des symptômes adynamiques. « Après trois jours, dit-il, de malaise très-léger, la scène change tout d'un coup, et l'on est frappé par l'expression d'une réaction générale adynamique des plus saisissantes. La malade est plongée dans une prostration profonde, en proie à un délire incessant. Le pouls bat de 120 à 130, la peau est sèche, etc., etc., et le *lendemain déjà*, la malade s'éteint plongée dans un coma profond. »

Nous avons rapporté à dessein ces quelques lignes parce qu'elles résument ce qui se passe dans un certain nombre de cas d'érysipèle pharyngien; s'il est donc peut-être exact de dire avec M. Peter que l'érysipèle emprunte généralement aux manifestations internes un cachet de gravité particulière, il ne l'est point, selon

nous, d'insister, au contraire, comme l'ont fait quelques observateurs, sur la bénignité frappante de l'érysipèle pharyngien contrastant avec l'apparente gravité des symptômes, bien que cette affirmation paraisse jusqu'à un certain point justifiée par la lecture de plusieurs observations, même parmi celles que nous publions. Le plus exact serait de dire que l'énanthème pharyngien à forme érysipélateuse n'ayant par lui-même comme affection locale rien de particulièrement dangereux (nous en exceptons évidemment les diverses complications telles qu'œdème du larynx, gangrène, etc., qui peuvent en être la suite), se montre cependant généralement avec plus de fréquence comme complication de ces érysipèles externes à forme adynamique maligne qui constituent déjà par eux-mêmes une des affections les plus redoutables contre lesquelles la médecine ait à lutter.

Avant de passer à un autre sujet, rappelons que l'on a parfois noté, au début de l'érysipèle pharyngien lorsque cette forme adynamique prédominait, de violentes hémorrhagies des muqueuses, ayant leur siége de prédilection sur celle des fosses nasales. On a voulu même faire de ces épistaxis un symptôme local prodromique de l'éruption d'un érysipèle sur les muqueuses nasale et pharyngienne. Sans nier que cette fluxion sanguine soit jusqu'à un certain point sous l'influence d'un violent état congestif des muqueuses, il faut néanmoins de toute nécessité attribuer la part principale dans ce phénomène à une influence générale autrement considérable. Nous estimons en effet, et nous ne croyons pas nous tromper, que ces hémorrhagies sont sous la dépendence de l'altération générale du fluide sanguin et rentrent dans le domaine des hémorrhagies par altération des liquides. Il faut rattacher

pensons-nous, à la même origine, un phénomène sur lequel nous reviendrons plus tard, la présence accidentelle dans les phlyctènes de l'érysipèle, tant sur la surface de la muqueuse pharyngienne que sur celle du tégument externe, d'une sérosité sanguinolente, quelquefois de sang presque pur.

En terminant ces lignes, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler en passant un caractère qui appartient à toutes les formes de l'érysipèle et peut, dans certains cas, mettre sur la voie du diagnostic; nous voulons parler de l'élévation si considérable de température qui accompagne en général et précède même la phlogose érysipélateuse.

Au mois de juillet 1871, M. le professeur Verneuil a rapporté à la Société de chirurgie plusieurs cas indiquant nettement selon lui que chez un blessé dont l'état général pas plus que l'état local de la blessure n'ont encore présenté la moindre altération dans les symptômes, une soudaine élévation de température indique presque sûrement la très-prochaine arrivée d'un érysipèle.

On peut distinguer trois périodes dans l'érysipèle au point de vue de la température; une période d'augment, une d'état, et une de déclin, ou mieux avec Thomas et Hirtz, une période ascendante, une période stationnaire et une descendante.

Période ascendante. — L'érysipèle débute comme une fièvre éphémère, et en vingt-quatre ou trente-six heures la température augmente si rapidement qu'au bout de ce temps la chaleur axillaire a atteint le maximum de 40° à 40°,5 et va même quelquefois jusqu'à 41°,5. Cette période d'augment est généralement très-courte; elle dure d'un jour à un jour et demi. Quelquefois cependant elle

s'étend davantage, mais alors il y a chaque matin une rémission considérable et ce n'est que vers le soir que le thermomètre indique de nouveau la température élevée dont nous avons parlé.

La seconde période ou *période stationnaire* dure rarement plus de trois jours, même quand l'érysipèle continue à s'étendre,et elle peut être beaucoup plus courte.

Quant à la troisième période ou *période descendante* elle se fait très-rapidement en vingt-quatre heures, quelquefois même en dix ou douze heures.

3° *Symptômes locaux.* — Nous traiterons à l'article *Marche* de tout ce qui regarde l'extension, la propagation, la durée et les terminaisons de l'érysipèle pharyngien.

Dans ce présent chapitre des symptômes locaux, nous ne décrirons que ce que l'on peut constater par l'examen direct des muqueuses buccale et pharyngienne et des régions avoisinantes.

Ce chapitre de l'histoire de l'érysipèle du pharynx a été traité de main de maître par M. Cornil dans sa monographie, au moins pour tout ce qui se rapporte directement à la région pharyngienne; on n'a décrit après lui qu'un bien petit nombre de faits nouveaux.

L'aspect de la muqueuse atteinte de phlogose érysipélateuse est généralement caractéristique, mais avant tout, il est bon de faire remarquer que cet examen n'est pas toujours facile, surtout lorsque l'énanthème coïncide avec un érysipèle externe considérable accompagné de tuméfaction générale des téguments des joues et des lèvres. Le cou gêné dans ses mouvements par le gonflement des ganglions est raide et douloureux; les mâchoires sont

serrées, l'écartement forcé des arcades dentaires est si insuffisant que l'exploration du pharynx devient presque impossible, surtout quand la langue est en outre tuméfiée, et que les gencives et la bouche sont enduites et obstruées par des fuliginosités et des amas de mucosités filantes.

Dans les cas plus nombreux où l'examen de la bouche et de l'arrière-gorge est cependant possible, on constate dans la très-grande majorité des cas, diverses altérations de la muqueuse qui portent avant tout sur *la coloration.* Celle-ci en effet est rouge, ordinairement d'un rouge pourpré, d'un rouge sombre souvent intense, quelquefois même violacé, couleur lie de vin. Nous sommes de l'avis de M. Cornil lorsqu'il dit que cette rougeur est généralement étendue en nappe diffuse, qui communique sans discontinuité avec la rougeur extérieure en se propageant par les divers orifices. M. Ciure cependant et plusieurs autres observateurs, se fondant sur un certain nombre de faits, disent avoir nettement constaté sur les muqueuses pharyngienne et buccale de véritables plaques érysipélateuses, limitées par le liséré avec bourrelet saillant caractéristique, et séparées l'une de l'autre par des espaces de muqueuse absolument saine; toutes altérations qu'il nous semble du reste bien difficile de distinguer très-exactement sur la muqueuse œdématiée et phlogosée.

Nous nous contenterons donc d'insister particulièrement sur cette coloration rouge spéciale et générale de la muqueuse, coloration qui s'étend souvent jusqu'à la portion antérieure de la cavité buccale, mais que l'on aperçoit toujours, du moins, sur la paroi postérieure du pharynx, sur les piliers, sur la voûte palatine, les amyg-

dales et la luette. Cette coloration est, comme nous l'avons dit, souvent intense; lorsqu'on l'examine au moment de la plus grande violence de l'inflammation, il est possible de la distinguer assez nettement par ce seul caractère d'intensité de la couleur rosée de la simple angine inflammatoire, affection qui possède encore d'autres signes différentiels comme nous le verrons au chapitre du diagnostic; on peut même établir jusqu'à un certain point une différence entre cette coloration plutôt rouge sombre et luisante de l'érysipèle et la couleur rouge d'un vif plus éclatant de l'angine scarlatineuse.

La muqueuse atteinte de phlogose érysipélateuse présente souvent conjointement avec cette coloration spéciale un aspect luisant et vernissé qui a lui aussi parfois quelque chose de très-caractéristique. En outre l'absence quelquefois absolue de sécrétions sur cette muqueuse lui donne une sécheresse, un cachet spécial de rudesse au toucher. Les malades éprouvent, principalement au moment de la déglutition, une sensation d'âpreté extrême.

La muqueuse est souvent œdématiée; mais cet œdème est ordinairement peu considérable, à moins cependant qu'à la suite de certaines circonstances difficiles à préciser, il ne prenne un développement extraordinaire et n'en vienne alors à constituer, comme cela arrive trop souvent, une des complications les plus graves et les plus alarmantes de l'érysipèle du pharynx, l'œdème de la glotte. A ce sujet nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux remarques qui suivent notre observation n° 13, observation qui nous a été communiquée par notre collègue M. Campenon. M. le Dr Dujardin-Beaumetz y soulève au sujet de l'œdème dans l'érysipèle du pharynx, une question de pronostic des plus intéressantes,

mais qui est encore basée sur un trop petit nombre de faits pour que nous puissions y insister davantage.

Pour le moment nous nous bornerons donc à répéter que, hors cette complication spéciale d'œdème de la glotte, l'œdème dans l'érysipèle du pharynx et de l'arrière-bouche ne présente pas en général de développement considérable, et quelquefois même est plus insignifiant que ne pourrait le faire supposer au premier abord la violence de la phlogose.

Ajoutons à cette énumération de symptômes que les amygdales sont colorées comme le reste des parois du pharynx, mais n'offrent point, comme dans certaines angines, comme dans les deux espèces catarrhale et inflammatoire, cette disposition spéciale à s'enflammer qui en fait si souvent deux masses énormes obstruant absolument l'isthme du gosier; dans l'érysipèle du pharynx elles ne présentent généralement aucune tuméfaction particulière.

La langue, par contre (voyez notre observation 7), est souvent le siége d'un gonflement notable, et certains observateurs ont même cru y reconnaître un développement considérable des cryptes, follicules et autres appareils glandulaires, principalement à la base.

Cette fluxion de toute la muqueuse se communique dans certains cas aux glandes salivaires et parotides et entraîne un ptyalisme abondant que nous n'avons point constaté dans nos observations où nous avons même noté plus généralement, comme nous l'avons dit plus haut, un état de sécheresse particulière de la muqueuse. Il paraît cependant avéré que, dans certains cas, les follicules enflammés sécrètent un mucus visqueux, adhérent, qui devient incommode à la façon d'un corps étranger, et la

muqueuse participant alors à la phlegmasie, fournit une large part à la sécrétion.

Les altérations que nous venons de décrire sont accompagnées d'un sentiment de sécheresse, bientôt de brûlure extrême, d'une douleur, d'une intensité telle qu'on ne la rencontre pas fréquemment dans les autres affections inflammatoires de l'isthme du gosier. Cette sensation d'ardeur cuisante jette les malades dans une angoisse extrême: elle fait de la déglutition, même des liquides et de la salive, une véritable torture. Plus vive de beaucoup que la douleur de l'angine catarrhale, elle se distingue de la douleur, si violente aussi, qui caractérise l'angine rhumatismale, arthritique ou phlegmoneuse, par l'absence ordinaire des menaces et des crises de suffocation, à moins cependant qu'il n'existe un gonflement considérable de la muqueuse. Dans ce cas particulier les tourments de l'asphyxie lente viennent se joindre à ce cortége de symptômes déjà si douloureux et qui entretiennent le malade dans une anxiété continuelle.

Au début il faut noter encore un signe des plus importants et des plus constants, qui est d'une vraie utilité pour le diagnostic. Nous avons déjà insisté sur la signification de ce symptôme au chapitre des prodromes; nous n'y reviendrons donc ici que pour le décrire brièvement. Il s'agit de l'engorgement inflammatoire des ganglions des régions cervicale et sous-maxillaire. Cet engorgement est douloureux, très-douloureux même dans certains cas; il est assez considérable pour pouvoir être reconnu à la simple vue, sans qu'il soit besoin de recourir pour cela à la palpation.

Dans bien des cas, nous l'avons déjà dit, avant même

l'apparition de tout autre signe de l'érysipèle et lorsque celui-ci débute par le pharynx avant de se porter à l'extérieur, ce symptôme seul peut mettre le médecin sur la voie et éveiller son attention sur la possibilité de l'invasion de la gorge par un érysipèle, surtout lorsque le malade se trouve dans des conditions favorables à l'envahissement d'une affection pareille, et que l'érysipèle revêt dans ses environs la forme épidémique.

L'ensemble des caractères que nous venons d'énumérer constitue l'appareil symptomatique local tout entier d'un certain nombre d'érysipèles du pharynx et en tout cas le spectacle qu'offre chacun d'entre eux à ses débuts. Mais là ne s'arrête pas toujours l'évolution de la maladie et souvent l'apparition de nouvelles manifestations pathologiques telles que les phlyctènes et les pseudo-membranes vient rapidement modifier l'aspect de la muqueuse enflammée. Aussi M. Cornil qui dans son remarquable travail a particulièrement insisté sur les éléments du diagnostic qu'il est possible de tirer de l'aspect de la muqueuse, éléments qui selon lui permettraient de différencier nettement l'érysipèle pharyngien de toutes les autres affections douloureuses et inflammatoires de la gorge, M. Cornil, disons-nous, a cru devoir dans ce but distinguer, selon la gravité relative des symptômes locaux et suivant leur apparition successive, trois variétés, ou pour s'exprimer plus justement, trois degrés de l'érysipèle pharyngien. Le premier est caractérisé par la simple rougeur plus ou moins intense de la muqueuse de l'isthme du gosier ; c'est celui que nous venons de décrire ; le second est caractérisé à son tour par la production de phlyctènes auxquelles succèdent rapidement des productions de

nature pseudo-membraneuse ou épithéliale, enfin le troisième est caractérisé par une forme particulière de terminaison, la gangrène.

Lorsque les phlyctènes existent, dit M. Cornil, ce qui annonce toujours une phlogose locale plus vive, il ne faut pas s'attendre à les voir aussi nettement que sur la peau. Les modifications qu'elles éprouvent dans leur aspect et leur évolution tiennent au peu de résistance, à la caducité de la couche épithéliale comparée à la couche épidermique. Souvent, elles font absolument défaut.

C'est ce qui explique comment beaucoup d'observateurs décrivant des cas d'érysipèle pharyngien ne mentionnent point les phlyctènes, et comment d'un autre côté M. Cornil, qui les a étudiées d'une manière spéciale, en a fait une description si précise qu'il ne reste presque rien à y ajouter. Aussi lui laisserons-nous la parole, après avoir toutefois fait remarquer que dans plusieurs des observations que nous avons eues sous les yeux, nous n'avons pu parvenir à voir nettement les phlyctènes, tant l'examen de l'arrière-bouche était pénible et difficile. M. Cornil, sur sept observations publiées tout au long dans son mémoire, n'en donne que deux où la présence de phlyctènes soit indiquée d'une manière précise. M. Ciure n'a donc pas eu tout à fait raison de dire que dans l'érysipèle des muqueuses les phlyctènes sont la règle tandis qu'elles sont l'exception dans celui de la peau. Mais il n'en est pas moins vrai que l'angine érysipélateuse avec *bulles* et *phlyctènes* présente des caractères distinctifs très-intéressants et très-significatifs et que, si bien souvent on néglige de les mentionner dans les observations, cela ne veut point dire qu'elles n'aient point existé, mais cela tient aux difficultés extrêmes d'examen que nous avons déjà

signalées, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade presque toujours sous le coup d'un grave érysipèle de la face et plongé dans une adynamie complète.

Voici l'excellente description que donne M. Cornil des phlyctènes lorsqu'elles se montrent dans l'érysipèle pharyngien sur la muqueuse rouge et enflammée.

« A leur début, nous les avons vues bien formées, quoique moins globuleuses qu'à la peau, contenant un liquide séreux. Les bords des phlyctènes n'étaient pas réguliers et formaient des lignes sinueuses à angles rentrants. Néanmoins la forme de la bulle se rapprochait de la forme sphérique, son diamètre variait entre celui d'une lentille et d'une petite noisette; elles se sont montrées sur le voile du palais, sur la luette, dans l'espace compris au-dessus de l'amygdale, entre les deux pilliers. Nous n'en avons pas vu de bien formées sur la paroi postérieure du pharynx. La couche épithéliale soulevée était infiltrée, molle, peu épaisse, de couleur blanc jaunâtre. Cette membrane d'enveloppe de la phlyctène était assez peu résistante pour que nous ayons pu, dans un cas, la crever avec une pointe mousse et en faire sortir le liquide séreux qu'elle contenait, tout à fait analogue à celui que contiennent les phlyctènes de la peau. Cette membrane, s'appliquant aussitôt à la muqueuse plus rouge au-dessous d'elle que sur le reste du pharynx, nous a expliqué le mode de formation des plaques membraneuses tout à fait pareilles qui se trouvaient à côté, et de celles que nous avons rencontrées dedepuis. Ces phlyctènes dans les deux cas où nous les avons vues manifestement étaient peu nombreuses, surtout si on les compare à la confluence qu'elles affectent sur la peau de la face.

« Mais leur différence la plus remarquable est dans la

durée de l'ampoule qui persiste à peine quelques heures.

« Lorsque l'ampoule est crevée, la membrane épithéliale qui la circonscrit s'applique sur la muqueuse phlogosée formant de petites plaques du diamètre d'un demi ou un centimètre, quelquefois plus, de couleur blanc jaunâtre, infiltrées et molles, se laissant facilement déchirer par la traction, mais alors leur peu de résistance ne permet pas d'en enlever une grande surface ; on en détache un petit lambeau, ce qui a lieu aussi dans les efforts de toux, d'expuition et de déglutition. Ce produit épithélial membraneux est reproduit sur place, dans les mêmes points, et c'est pour cela que la même membrane peut être le lendemain plus grande que la veille. Ce produit membraneux persiste pendant plusieurs jours, après s'être reproduit plusieurs fois, et on en trouve encore des traces au cinquième, sixième, ou huitième jour même dans une de nos observations. Il est l'analogue, autant que le petit nombre de nos observations permet de le dire, non-seulement de la membrane d'enveloppe de la phlyctène de la peau, mais aussi des croûtes qui lui succèdent. La chute de cette desquamation épithéliale précède d'un ou deux jours la disparition complète de la rougeur diffuse de la muqueuse. Après que cette rougeur a disparu, que la douleur ait tout à fait cessé ou qu'il existe encore un léger sentiment de gêne dans la déglutition, il reste sur la muqueuse atteinte une injection et une arborisation vasculaire assez prononcées qui disparaissent peu à peu. Cette vascularisation. ces vaisseaux comme variqueux, sont surtout évidents autour des petites glandes du voile du palais ou de la luette..... »

On a décrit sous le nom d'érysipèle miliaire certains cas d'érysipèle pharyngien, où les phlyctènes sont re-

marquables par leur nombre et leur petitesse, simulant jusqu'à un certain point une éruption miliaire sur la muqueuse. Nous ne croyons pas que cette variété présente des caractères bien particuliers et des faits nouveaux intéressants pour l'étude.

Dans la grande majorité des cas, les phlyctènes dans l'érysipèle du pharynx, sont telles que nous venons de les voir décrites, peu nombreuses et plutôt volumineuses, plutôt bulles que vésicules.

Disons encore que M. Ciure publie, dans sa thèse, deux observations d'érysipèle pharyngien grave avec phlyctènes où l'ouverture de ces phlyctènes a donné issue dans un cas à une sérosité sanguinolente, dans l'autre, à du sang presque pur. Le même phénomène s'est montré à l'ouverture des phlyctènes qui existaient aussi à la face. Les deux cas se sont terminés par la mort. Nous avons déjà insisté sur ce fait, qui est pour nous étroitement lié à l'état adynamique profond dans lequel étaient plongés les malades, et ne constitue qu'une des nombreuses formes d'hémorrhagies si fréquentes dans cet état pathologique.

Enfin, M. Cornil étudie une dernière catégorie de faits où l'excès de l'inflammation a été jusqu'à produire la gangrène de certains points du pharynx. Il présente, pour appuyer cette affirmation, deux observations publiées par MM. Pihan et Meunier, qui ont noté dans le premier cas une gangrène des replis aryténo-épiglottiques et de la muqueuse du larynx, et dans le second une gangrène bien moins limitée de certains points de l'arrière-gorge.

Cette terminaison spéciale de l'érysipèle est rare : aucune de nos observations n'en fait mention, mais elle

n'a du reste rien que de très-naturel, surtout dans les cas où la phlogose érysipélateuse a été d'une violence extrême, bien plutôt encore dans ceux où la maladie a revêtu d'emblée une forme maligne. M. Cornil ne cite que peu de signes locaux qui puissent faire reconnaître l'existence de la gangrène de la muqueuse, car, dans ses deux observations, cette gangrène a porté sur des points inaccessibles à la vue. Il faut pourtant noter un symptôme important, c'est l'odeur gangréneuse qui peut mettre le médecin sur la voie; mais il est malgré cela probable que le plus souvent la terminaison par gangrène ne pourra être nettement reconnue que par l'examen *post mortem*.

Disons en terminant qu'il est souvent bien difficile de reconnaître exactement les plaques épithéliales que nous avons décrites comme succédant aux phlyctènes, et de les distinguer nettement soit des matières simplement pultacées ou même diphthéritiques qui peuvent les accompagner dans les cas ayant revêtu un cachet de malignité spéciale, et qui se reproduisent avec une si étonnante facilité, soit même de simples amas et concrétions de mucus sécrété par les parois de la muqueuse enflammée.

Il nous reste à indiquer par quels signes il est parfois possible de reconnaître les envahissements ultérieurs successifs de l'érysipèle du pharynx, soit du côté des fosses nasales et de la trompe d'Eustache, soit dans le sens opposé du côté du larynx, de la trachée et des bronches. Nous supposons, pour plus de clarté dans l'exposition de ces faits, que l'érysipèle a pris son point de départ sur les parois mêmes du pharynx.

Si nous ne mentionnons point l'œsophage dans l'énu-

mération des organes dont la muqueuse peut être envahie par l'érysipèle, c'est que dans toutes les observations publiées jusqu'ici on a remarqué que l'érysipèle du pharynx, qui envahit si souvent le larynx et la trachée, respecte presque complétement l'œsophage, et que la muqueuse malade est séparée par une ligne des plus nettes de la muqueuse encore saine, sur les limites mêmes qui séparent le dernier segment du pharynx d'avec le premier segment de l'œsophage. Il est probable que cette immunité de cette portion du canal alimentaire tient à la différence de structure. Cependant, s'il faut en croire certaines observations que nous avons mentionnées au début, le canal alimentaire, et principalement l'intestin, ne serait pas dans certains cas complétement à l'abri des atteintes de l'érysipèle. Mais nous ne voulons point aborder cette question beaucoup trop vague et trop peu connue encore pour qu'on puisse la traiter avec quelque certitude ; du reste, elle ne rentre pas directement dans notre sujet.

Lorsque l'érysipèle, après avoir atteint le pharynx et l'arrière-bouche, s'étend dans les fosses nasales, les malades éprouvent dans cette région les symptômes généralement communs aux divers états inflammatoires qui peuvent atteindre la muqueuse des fosses nasales. Ils se plaignent d'un sentiment de tension à la racine du nez, sentiment de tension qui devient rapidement une véritable douleur, continue, gravative, avec exacerbations lancinantes. En même temps ils souffrent d'un sentiment de sécheresse, d'enchifrènement, d'ardeur dans les fosses nasales ; celles-ci sont obstruées par la muqueuse phlogosée, recouverte de croûtes et de sécrétions épaisses et filantes, d'autres fois, au contraire, lisse et luisante. La

pression, l'éternument, l'action de se moucher provoquent la douleur. Les téguments mêmes du nez sont empâtés, gonflés, douloureux à la pression. Du reste, ils sont déjà le plus souvent le siége d'un érysipèle cutané concomitant. Les fosses nasales, obstruées par l'épaississement de la muqueuse enflammée, ne donnent plus passage à l'air pour la respiration, ce qui augmente encore la gêne qu'éprouvent les malades et les force à respirer presque continuellement la bouche ouverte.

En plongeant les regards dans les narines, lorsque l'érysipèle a envahi cette région, et se dispose à paraître à l'extérieur, on aperçoit la muqueuse ici aussi avec les mêmes caractères que nous avons déjà décrits, c'est-à-dire rouge, boursouflée, luisante, quelquefois sèche et comme vernissée, d'autres fois couverte de concrétions et de sécrétions muqueuses.

Les symptômes ne se bornent pas toujours à cette région, et la phlogose, dans sa marche continuellement envahissante, même à l'intérieur, peut s'étendre jusqu'à cette muqueuse fine et ténue qui recouvre les parois des divers sinus de la région frontale. On peut lire, dans notre observation n° 15, que nous avons empruntée à la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1869, la description très-intéressante de symptômes qui ne laissent aucun doute sur l'envahissement par l'érysipèle des sinus frontaux, symptômes dont le principal consistait en une douleur frontale des plus vives, avec élancements continuels, battements et sensation de pesanteur et de tension extrême.

Enfin, il est jusqu'à un certain point permis de penser que la trompe d'Eustache a été envahie à son tour, quand à tous ces symptômes vient se joindre une surdité de l'une ou l'autre oreille, avec douleur et gonflement der-

rière l'angle de la mâchoire. Du reste, il est bien difficile que la muqueuse de la trompe ne participe pas toujours à l'inflammation du pharynx; aussi la surdité plus ou moins complète est-elle un signe presque constant. Enfin, dans certains cas, l'érysipèle, non content de ces envahissements successifs, atteint les divers milieux de l'oreille, et vient se faire jour par le canal auditif externe. Mais nous reviendrons, à l'article suivant, sur la description de ces faits comme sur tout ce qui a trait à la propagation de l'érysipèle, soit par les narines, soit par les lèvres, soit par les points lacrymaux.

Lorsque la phlogose érysipélateuse a envahi le larynx, le malade éprouve une gêne plus grande pour respirer. La voix devient enrouée, brisée, pénible. Dans certaines observations même nous voyons qu'elle s'est éteinte complétement; mais, dans tous les cas, on a noté un enrouement notable et une petite toux sèche et brève. Les malades se plaignent d'une douleur fixe, souvent intense, au niveau de la région laryngée. A l'auscultation du larynx, tantôt on n'entend rien, tantôt au contraire on perçoit une inspiration longue, sifflante, une expiration parfois plus facile, mais s'accompagnant souvent d'un véritable bruit de drapeau.

Enfin, dans une dernière catégorie de faits, presque toujours graves, pas constamment cependant, l'érysipèle se propage à la trachée, aux grosses bronches, quelquefois même jusqu'à leurs plus fines ramifications. Nous étudierons plus tard ce mode de terminaison. Pour ce qui est des symptômes qui annoncent les progrès et l'arrivée de l'érysipèle jusqu'aux voies respiratoires, nous ne trouvons que peu de détails dans les observations qui ont rait à cette rare et redoutable complication.

Dans les cas relativement légers où la maladie s'est terminée par la guérison, on a noté une toux tantôt légère, tantôt continuelle et quinteuse, une difficulté considérable dans l'acte de la respiration, qui était brève et sifflante. La percussion n'a pas donné de signes particuliers. Quant à l'auscultation, tantôt elle n'a donné aucun signe, malgré l'existence évidente d'une extension de l'érysipèle aux grosses bronches, tantôt elle a permis d'entendre dans les deux poumons, et principalement aux sommets, une respiration sèche, surtout sifflante, et dans quelques cas plus graves, comme dans notre observation n° 2, qui s'est terminée par la mort, des râles sibilants dans toute l'étendue des deux poumons, surtout aux sommets, râles mélangés bientôt de grosses bulles muqueuses. La toux, d'abord sèche et fréquente, peut aussi petit à petit changer de nature et s'accompagner d'une expectoration opaque, muco-purulente.

Mais ce qui domine avant tout dans les cas où l'érysipèle a envahi violemment toutes les bronches et jusqu'à leurs plus fines ramifications, ce sont les signes de suffocation et le cortége de symptômes asphyxiques qui accompagnent ordinairement la bronchite capillaire.

Dans notre observation n° 13, nous trouvons notés les signes suivants pour ce qui regarde l'appareil pulmonaire envahi par l'érysipèle : dyspnée intense; à l'auscultation, inspiration longue et sifflante, expiration plus facile. Il est juste de dire que ces accidents asphyxiques étaient dans ce cas beaucoup plus la conséquence de l'œdème de la glotte qui a occasionné la mort du malade, et dont nous n'avons point à parler ici, que celle de l'extension aux poumons de la phlogose érysipélateuse,

bien que cette extension ait été dûment constatée par l'examen cadavérique.

On peut voir, par ce que nous venons de dire, que les signes capables de faire reconnaître cette dernière complication n'ont rien de bien tranché et que tout ce que l'on sait de positif sur ce sujet diffère en somme fort peu de ce qui se rencontre communément dans toutes les autres phlogoses aiguës de la trachée et des bronches, à quelque variété qu'elles appartiennent. Il se peut que l'étude de l'érysipèle des bronches, encore si peu avancée aujourd'hui, fasse de grands progrès d'ici à quelque temps; pour le moment, tout ce qu'il est permis de dire, c'est que chaque fois que, dans un cas de pharyngite érysipélateuse, on verra s'établir manifestement les signes particuliers à l'inflammation des bronches, on aura de fortes raisons pour redouter une extension du mal à l'appareil pulmonaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous serons bref sur le compte de l'anatomie pathologique. Sauf quelques différences légères, elle se rapproche beaucoup de l'anatomie pathologique de l'érysipèle en général.

Nous insisterons seulement sur ce point que l'anatomie de l'érysipèle, autrefois si mal connue et encore plus mal décrite, a fait depuis quelque temps, grâce aux recherches modernes, de notables progrès. Pendant longtemps, la science sur ce point s'est bornée à des hypothèses; on admettait simplement que l'examen *post mortem* des tissus affectés d'érysipèle, soit peau, soit muqueuse, n'indi-

quaitguère qu'une dilatation assez considérable des vaisseaux capillaires, une forte congestion du derme jointe à un état légèrement œdémateux des tissus infiltrés de sérosité, quelquefois même à une exsudation séreuse considérable.

Les recherches de MM. Volkmann et Steudener (Zur pathologischen Anatomie des Erysipelas; Centralblatt f. d. Med. Wissench., n° 36, année 1868), celles de M. le professeur Vulpian, publiées dans les *Archives de physiologie* de la même année, ont considérablement modifié et augmenté la somme des connaissances sur ce point.

Les deux observateurs allemands, par des recherches microscopiques laborieuses, ont prouvé qu'il se faisait dans les tissus atteints, soit peau, soit muqueuse, une immigration considérable de corpuscules blancs, si considérable même que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané en étaient absolument infiltrés. On les rencontre déjà dans les couches les plus superficielles et surtout dans le voisinage immédiat des vaisseaux dilatés; mais c'est principalement dans les couches les plus profondes du derme qu'abondent ces petits corpuscules granuleux. Souvent ils y sont en telle quantité qu'ils y forment de véritables plaques, ou bien s'agglomèrent par rubans formant autour des vaisseaux comme les mailles d'un fin réseau. Parfois même, au dire de MM. Volkmann et Steudener, leur multiplication est telle qu'ils constituent des couches véritables couvrant tout le champ du microscope. Chose curieuse, on a pu retrouver en abondance ces éléments que nous venons de décrire jusque dans cette sérosité louche qui, dans les phlyctènes de l'érysipèle, soulève, en s'y accumulant, tantôt l'épiderme de la peau, tantôt l'épithélium des muqueuses.

Il faut se hâter fort de procéder à l'examen microscopique, si l'on veut étudier avec soin ces curieux corpuscules; car autant leur existence dans les tissus malades est positive, autant leur disparition, à mesure que ces tissus se flétrissent et reviennent sur eux-mêmes, est rapide et complète. Ils se transforment en une sorte de détritus, comme une poussière d'une finesse extrême, dont il ne reste aucune trace au bout de deux ou trois jours.

MM. Volkmann et Steudener concluent avec raison de ces recherches anatomo-pathologiques qu'elles doivent être en corrélation intime avec ce cachet da spécificité si caractéristique qui est le propre de l'érysipèle, avec sa marche ambulante, avec la violence de l'état fébrile qui l'accompagne généralement. Pour eux, l'érysipèle n'est que la suite d'une infection locale qui entraîne comme conséquence une inflammation de la peau, et puis immédiatement après, avec une effroyable rapidité, l'infection de toute la masse sanguine. Pour eux encore, c'est cette infection qui est la cause immédiate de cette colossale immigration de corpuscules blancs qui, selon toute probabilité, abandonnent les vaisseaux sanguins pour se répandre dans les tissus environnants.

M. le professeur Vulpian, de son côté, dans les *Archives de physiologie* de 1868, a publié un résumé de l'observation microscopique de la peau chez une femme âgée, morte en huit jours d'un érysipèle de la face qui avait gagné le buste. Le savant Français est arrivé au même résultat que ses deux confrères étrangers et a constaté, de son côté, dans le derme épaissi, la présence d'une innombrable quantité de leucocytes tels absolument que nous venons de les décrire.

Les altérations que nous avons énumérées ont été

principalement et presque uniquement étudiées, il est vrai, sur des sujets qui avaient succombé aux progrès d'un érysipèle cutané; mais toutes les fois qu'il a été possible de faire un examen comparé des muqueuses dans les cas où elles avaient été aussi atteintes, on a pu constater l'existence des mêmes éléments.

Mais laissons de côté ces considérations qui nous entraînent en dehors des limites rigoureuses de notre sujet, et revenons à l'étude de l'anatomie pathologique spéciale de l'érysipèle du pharynx.

Pour ce qui est du simple examen de la muqueuse malade, lorsqu'on n'a pas recours au microscope, voici ce que l'on a remarqué en général dans les cas très-rares où il a été possible de procéder à cet examen nécroscopique du pharynx et des voies respiratoires.

La muqueuse buccale, celle du voile du palais, des piliers, du pharynx principalement, présentent à l'autopsie tantôt une simple arborisation vasculaire, ou bien un piqueté, un pointillé rougeâtres, mais tantôt aussi une rougeur foncée beaucoup plus caractéristique, une véritable coloration *écarlate*, quelquefois simplement vineuse et violacée. Lorsqu'elle est réellement écarlate, cette coloration a quelque chose de si spécial, qu'elle attirerait l'attention de l'observateur le moins scrupuleux. Souvent un cercle inflammatoire limite parfaitement les parties malades au niveau de la muqueuse buccale ou de la portion antérieure de l'isthme du gosier et les sépare des portions saines qui s'en distinguent, du reste, par leur couleur d'un gris sale. D'autres fois, au contraire, il ne reste plus trace après la mort d'une si violente inflammation, et la muqueuse malade paraît simplement grisâtre et ramollie. Parfois elle offre auss un aspect légèrement œdé-

mateux, mais ce caractère a souvent disparu au moment de l'autopsie, et on ne retrouve plus qu'une sensation de relâchement et de mollesse en pressant la muqueuse sous le doigt. Il n'en est pas de même cependant lorsque l'œdème a été considérable, surtout lorsque sous le nom d'œdème du larynx, il a constitué une des plus graves complications de l'érysipèle. Alors il est parfaitement reconnaissable à l'autopsie. On en voit un exemple frappant dans la planche accompagnant notre observation n° 13, et que nous avons fait reproduire à la fin de notre thèse.

Rappelons que dans cette observation l'examen microscopique a fait constater au niveau du larynx les lésions suivantes : un œdème considérable des replis arytêno-épiglottiques, œdème qui s'étendait également un peu aux parties latérales du pharynx à ce niveau ; rien à l'épiglotte, mais légère infiltration œdémateuse de la muqueuse de toute la portion sus-glottique du larynx. Ici, comme au cuir chevelu, le liquide infiltré était louche et ne s'écoulait qu'assez lentement après sa sortie des parties.

Comme nous l'avons déjà dit à l'article des symptômes, l'état des amygdales n'offre rien de caractéristique, et l'autopsie ne révèle à leur sujet rien de particulier, pas plus que pour l'état de la langue qui présente simplement les modifications dont nous avons déjà parlé au même chapitre.

Quant aux phlyctènes, si elles ont existé, il n'en reste généralement plus trace au moment de l'autopsie. En tout cas il est fort difficile de distinguer les débris de leurs parois épithéliales d'avec les mucosités et les concrétions blanchâtres qui parsèment la muqueuse.

Il résulte donc de tout ceci que les caractères qu'il est possible de tirer de l'examen microscopique n'ont rien

de bien tranché dans l'érysipèle interne si l'on en excepte pourtant la coloration rouge vif du pharynx.

Il est des cas, très-rares, où l'autopsie donne des résultats fort intéressants, surtout lorsque la maladie a gagné la muqueuse même de l'arbre bronchique et que l'examen a pu porter sur ce point.

Parmi ces résultats nécroscopiques, un des plus frappants, sans contredit, est celui qui fut publié par M. le Dr J. Simon dans les *Archives générales de médecine* de l'année 1865, à la suite d'une observation d'érysipèle pharyngien, à laquelle nous avons déjà souvent fait allusion. Cet examen cadavérique est d'un si vif intérêt, il est un exemple si frappant de l'état de la muqueuse dans les cas d'érysipèle interne violent, que nous n'hésitons pas à reproduire ici le texte même de M. le Dr J. Simon. Il est difficile de trouver une plus belle observation d'autopsie dans un cas d'érysipèle interne.

Rappelons en deux mots que la malade dont il est ici question avait rapidement succombé à un érysipèle de la face, propagé au pharynx, au larynx et aux bronches.

Examen du cadavre, et en particulier de la muqueuse buccale, pharyngée et des voies aériennes. — « La muqueuse buccale est le siége de deux colorations distinctes. Dans la moitié antérieure (voûte du palais, langue, gencives, joue), elle est pâle, décolorée, comme lavée, et couverte d'enduits blancs faciles à détacher. Dans sa moitié postérieure, on y observe une *coloration vineuse violacée*, dont le maximum d'intensité existe sur la base de la langue. Là les cryptes, les follicules, les appareils glandulaires ont pris des proportions anormales. En pénétrant dans l'isthme du gosier et le pharynx, on poursuit la colora-

tion dont nous venons de parler, avec cette différence qu'elle y est d'*une teinte écarlate ;* toute la muqueuse de ces régions est épaissie et ramollie. De plus, il est un point à bien mettre en relief, c'est l'absence sur le cadavre de tuméfaction des amygdales et de toute suppuration, soit superficielle, soit profonde. Une sécrétion muqueuse assez transparente et peu abondante recouvre toutes ces parties. Ce n'est pas tout : cette coloration *écarlate*, *pourprée*, enveloppe toutes les faces de l'épiglotte et pénètre dans le larynx; mais, par une particularité bien étrange, elle s'arrête brusquement à la limite supérieure de l'œsophage, si bien que les deux tubes alimentaire et aérien étant ouverts parallèlement, on est frappé par la pâleur de l'un et la riche couleur de l'autre. L'œsophage est pâle, grisâtre; le larynx, les cordes vocales, l'arrière-cavité, enfin tout cet organe *semblent avoir macéré dans du sang.*

« *Cette même rougeur si vive se voit dans toute l'étendue de la trachée, dans toute celle des grosses, des moyennes et des petites bronches.*

« Ces détails anatomiques ont été recueillis avec la plus scrupuleuse exactitude, et il n'est guère de rameau ou de ramuscule bronchique qui ait échappé à notre longue investigation.

« La rougeur de toutes ces régions ne s'efface ni par le raclage, ni par le lavage, ni même par la macération de quelques heures, et en détachant avec précaution la muqueuse en certains points, on rencontre le tissu cellulaire un peu épaissi et rouge comme de la chair musculaire.

« Les replis aryténo-épiglottiques ne sont pas le siége d'une augmentation de volume digne d'être mentionnée.

« Mais ce qui paraît plus étrange encore, c'est l'absence de toute sécrétion muqueuse dans le larynx, la tra-

chée et le reste des voies respiratoires. Les canaux aériens sont absolument vides, et leur aspect brillant, luisant, comme vernissé, rend leur coloration plus éclatante.

« Cependant les poumons sont fortement congestionnés, au premier degré, dans la partie supérieure, au second degré, dans la moitié inférieure de chaque côté. On n'y observe ni apoplexie, ni pneumonie, ni suppuration d'aucune sorte. Les plèvres sont intactes, etc. »

L'auteur termine en insistant avec raison sur l'importance de cette observation dans laquelle l'érysipèle s'est étendu si nettement de la cavité buccale jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, rendant par là toute négation, toute contestation désormais impuissantes en face d'une démonstration aussi péremptoire.

Quoi de plus net, de plus caractéristique, en effet, que cette teinte d'un rouge si éclatant et si particulier, occupant ainsi le pharynx et les voies respiratoires tout entières et allant jusqu'à donner sa coloration spéciale aux couches du tissu cellulaire sous-muqueux.

Pour ce qui est de l'examen nécroscopique, dans les cas de complications terminales, répétons qu'une des plus fréquentes est l'œdème de la glotte ou des ligaments aryténo-épiglottiques et de la muqueuse des parties avoisinantes du larynx.

Mais, comme nous le verrons dans un autre paragraphe, dans certains cas rares, l'érysipèle du pharynx peut aussi se terminer par la gangrène de certaines portions de la muqueuse, dans le cas surtout de violence extrême de la phlogose érysipélateuse.

M. Cornil, qui parle longuement de ce mode de terminaison, en cite deux exemples, tous deux terminés par la mort.

A l'autopsie, on a trouvé, dans un cas, dans le larynx, une ulcération très-superficielle, occupant les deux cordes vocales supérieures, à fond rougeâtre, et dont les rebords se continuent insensiblement avec la muqueuse congestionnée; les deux replis aryténo - épiglottiques étaient totalement détruits et réduits en putrilage. La muqueuse était seule malade, les cartilages sont intacts. Dans le seconde observation, la muqueuse du voile du palais présentait des plaques blanches faciles à enlever. Au-dessous d'elle, la muqueuse paraissait grisâtre et ramollie au bord libre du palais; la luette était ramollie à tel point qu'une légère traction suffisait pour la séparer du bord libre du voile du palais, etc., etc.

Nous ne parlerons point ici des résultats donnés par l'examen de l'état du sang, résultats qui rentrent dans l'étude de l'histoire générale de l'érysipèle, et n'ont rien de spécial à la variété de cette affection qui nous occupe aujourd'hui.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC.

Nous avons déjà plusieurs fois, dans ce travail, eu occasion de parler de la marche particulière à l'érysipèle du pharynx.

Après quelques jours de prodromes, deux ou trois en général, de forme variable, prodromes que nous avons du reste déjà décrits, les malades commencent ordinairement par se plaindre d'un gonflement douloureux des ganglions du cou ou des régions voisines, gonflement bientôt suivi, quelquefois même précédé, par l'apparition de la rougeur érysipélateuse et des autres symptômes ocaux qui l'accompagnent.

On distingue généralement à ce moment quatre formes différentes dans l'établissement et l'évolution de l'érysipèle pharyngien.

Ces quatre formes ou catégories diverses, peuvent être désignées comme suit :

1re catégorie. — Erysipèles internes, suite de la propagation d'un érysipèle cutané.

2e catégorie. — Erysipèles internes débutant d'emblée et se propageant des muqueuses à la peau.

3e catégorie. — Erysipèles internes débutant d'emblée par les muqueuses et y restant fixés.

4e catégorie. — Erysipèles débutant à la fois sur la peau et sur la muqueuse.

Lorsqu'il s'agit d'un des cas rangés dans la première catégorie, voici ce qu'on peut observer neuf fois sur dix. L'érysipèle atteint en premier lieu le cuir chevelu, ou plus généralement la face, et constitue un véritable érysipèle externe ; puis au bout d'un certain temps, deux ou trois jours en général, quelquefois plus, dans certains cas dix ou douze, lorsque souvent même cet érysipèle externe est déjà en voie de résolution, ou du moins de décroissance, les malades commencent à éprouver les symptômes d'une violente angine ; ils se plaignent d'un sentiment de sécheresse dans les fosses nasales et le pharynx, d'une sensation douloureuse au moment de la déglutition. C'est l'érysipèle qui, se propageant de proche en proche, a envahi tantôt les fosses nasales, tantôt la bouche, et de là pénétré plus profondément pour gagner le pharynx, et même le larynx.

Quelquefois l'érysipèle se propage de l'extérieur à l'intérieur avec une rapidité extrême, foudroyante même. Dans notre observation n° 14, quelques heures seulement

après l'apparition de l'érysipèle externe, la malade a été atteinte d'une pharyngo-laryngite érysipélateuse d'une violence telle qu'avant que la nuit ne fût écoulée, la trachéotomie avait déjà été jugée nécessaire pour remédier à l'œdème laryngien, suite de cette inflammation si rapide. Il est juste de dire cependant que, le plus généralement, ce passage de l'extérieur à l'intérieur, a lieu du troisième au cinquième jour de la maladie.

Ce mode de production de l'angine érysipélateuse succédant simplement à un érysipèle externe, est peut-être un peu plus fréquent que le suivant; et, du reste, il est facile d'en saisir la raison. Les mille causes accidentelles de production de l'érysipèle sont bien plus fréquentes, bien plus nombreuses sur la face et au cuir chevelu que dans les cavités buccale, nasale ou pharyngienne. Tout en admettant que les observations les plus nombreuses semblent répondre à des faits de cette première catégorie, on pourrait, il est vrai, en conclure, avec M. Lasègue, que c'est simplement parce que l'attention des médecins avait été, dans ces cas, suffisamment éveillée, et qu'il s'agissait, non plus de découvrir les premiers indices encore incertains de la maladie gutturale, mais bien de suivre dans son progrès une affection cutanée dont on ne pouvait méconnaître ni la nature ni la gravité. En ne tenant pas compte de cette remarque, on inclinerait à croire que l'extension de l'érysipèle de la face à la gorge est de beaucoup le mode le plus habituel, puisque c'est celui qui correspond au plus grand nombre d'observations. Il est donc bien possible que l'érysipèle ait, plus souvent qu'on ne l'admet, son point de départ sur les membranes muqueuses, mais que cette première phase de son développement passe inaperçue.

La seconde catégorie comprend ces cas d'érysipèle du pharynx, débutant franchement et directement sur les parois pharyngiennes ou dans les fosses nasales, s'y produisant d'emblée, tantôt spontanément, du moins en apparence, et sous l'influence de causes générales, d'une constitution épidémique maligne spéciale, tantôt à la suite d'une irritation d'une lésion quelconque de la muqueuse, soit blessure, plaie, écorchure ou brûlure, soit opération chirurgicale, etc. Alors, après quelques heures ou quelques jours de prodromes, accompagnés et précédés souvent d'irritation de la muqueuse nasale et du pharynx, de coryza, d'angine, d'anygdalite, la rougeur érysipélateuse apparaît dans la gorge. La pharyngite érysipélateuse suit son cours, et puis, au bout d'un certain temps, se propage quelquefois, comme nous le verrons plus tard, plus profondément du côté du larynx et des bronches, beaucoup plus souvent à l'extérieur, en suivant une marche identique à celle des érysipèles de la première catégorie, mais dans une direction diamétralement opposée. Au bout de quelques heures, plus souvent au bout de quelques jours, la rougeur et le gonflement spéciaux apparaissent sur les téguments de la face, et l'érysipèle externe se déclare.

On a cherché à savoir lequel était le plus grave de l'érysipèle marchant de l'extérieur à l'intérieur, ou de celui qui se propage en sens inverse. La question a été résolue d'une manière incontestable par les résultats de l'observation, et surtout par les statistiques données par M. Cornil. L'érysipèle qui, après avoir atteint les téguments externes, se propage à l'intérieur est, dans la majeure partie des cas, infiniment plus grave que celui qui, après avoir débuté à l'intérieur par les symptômes d'une

violente angine, semble pour ainsi dire s'apaiser et se calmer en trouvant une issue et un champ d'action plus favorable, en quittant les étroites cavités du pharynx et de l'arrière-bouche pour s'étendre sur des surfaces plus vastes et plus découvertes.

Sur neuf observations publiées par M. Cornil, et où l'érysipèle s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur, sept ont eu une terminaison fatale. La proportion de cas funestes est considérable, on le voit, et l'on est en droit de dire que l'érysipèle qui rentre est de beaucoup le plus grave. En premier lieu, il revêt généralement une forme maligne ; puis même dans les cas les plus simples, on ne sait jamais où il s'arrêtera, et s'il ne produira point ces terribles et mortelles complications d'œdème de la glotte, de gangrène, de bronchite capillaire, dont nous allons parler tout à l'heure.

Du reste, nous l'avons déjà dit, Hippocrate, avec sa merveilleuse science d'observation, avait su distinguer, dès son époque reculée, cette si grande gravité relative de l'érysipèle qui de l'extérieur se propage à l'intérieur. C'est cette idée qu'il avait voulu exprimer dans ces deux phrases que nous avons déjà citées : « Erysipelas foras effusum, introverti minime bonum, at ab interioribus foras bonum. »(Aphor. 25, sect. VI. Encyclop., p. 397). Et encore d'une manière plus nette : « Erysipelas *foris* quidem exstare *utile ; intro* autem vergere *lœthale*, cujus rei indicium est quum, etc.. » (Coaq. Encyclop., p. 519, par. 14.)

Dans la troisième catégorie se rangent des cas beaucoup plus rares, et surtout beaucoup moins bien circonscrits et limités, en somme d'une réalité assez douteuse, où l'érysipèle, débutant d'emblée sur la muqueuse,

y resterait fixé, se propageant aux portions plus profondes de l'arbre respiratoire, mais ne se propageant point à l'extérieur, ne se compliquant point d'érysipèle externe. C'est dans cette classe que rentreraient les *pneumonies érysipélateuses* de M. Barthez, les *pleuropneumonies érysipélateuses* de M. Gueneau de Mussy, etc., affections auxquelles leurs auteurs ont voulu attribuer une série de caractères distinctifs spéciaux. M. le Dr Daudé, dans son savant ouvrage sur l'érysipèle épidémique, a consacré un long chapitre, assez diffus, à cette catégorie particulière d'érysipèles. S'étayant de l'opinion des auteurs que nous venons de citer et de ses observations personnelles, il s'efforce de prouver l'existence de broncho-pneumonies, de pneumonies même à forme érysipélateuse, s'établissant d'emblée dans le poumon sous l'influence d'une constitution épidémique spéciale. Les raisons qu'il donne, et par lesquelles il veut prouver, après tant d'autres, la réalité de l'érysipèle essentiel du poumon, distinct de toutes les autres phlogoses de cet appareil, ne nous ont guère convaincu. Il faudrait revenir aux beaux jours de la doctrine de la métastase pour pouvoir donner quelque corps à cette théorie, et encore faudrait-il toujours, même dans ce cas, admettre l'existence primordiale d'une forme quelconque d'érysipèle externe, dont la disparition pourrait seule expliquer cette subite naissance de la phlogose érysipélateuse sur la muqueuse de l'arbre respiratoire.

Nous l'avouons donc, pour pouvoir en parler avec certitude, nous sommes trop peu édifié sur ces prétendues manifestations directes de l'érysipèle sur l'appareil broncho-pulmonaire, sur ces bronchites, ces pneumonies à forme érysipélateuse, que l'on s'est attaché à décrire

comme des formes particulières d'infection dans les circonstances où régnait une constitution épidémique à cachet érysipélateux.

Nous ne prétendons point donner notre avis en regard de si hautes autorités, nous préférons laisser à des voix mille fois plus autorisées le soin d'éclaircir ce champ plein d'obscurités, et d'y démêler le vrai d'avec le faux, que nous croyons beaucoup plus abondant.

Pour le moment donc, nous continuerons à n'admettre dans le domaine de l'histoire de l'érysipèle des muqueuses pour ce qui regarde l'appareil pulmonaire, que ces cas bien nets, bien tranchés, où l'érysipèle, après avoir atteint le pharynx et le larynx sans s'y épuiser, continue à s'étendre jusqu'à la muqueuse bronchique par propagation directe, par simple continuité de tissus.

Quant à ce qui est de la troisième catégorie des érysipèles internes, nous ne consentirons, pour notre part, à y admettre jusqu'à plus ample informé, que ces cas relativement fort rares où l'érysipèle, né directement sur les muqueuses pharyngienne ou laryngienne, par exemple à la suite d'un traumatisme ou d'une opération chirurgicale quelconque, obéissant à des circonstances particulières et difficiles à distinguer nettement, resterait complètement circonscrit sur la muqueuse, sans aucunement obéir à cette force de propagation qui l'entraîne généralement, de proche en proche, jusqu'aux ouvertures normales, pour de là envahir les téguments extérieurs, tout au plus, au contraire, avec une certaine tendance à s'étendre, en sens contraire, vers les régions plus profondes de la trachée et des bronches.

Enfin, pour en finir avec cette longue énumération, disons qu'on peut ranger dans une quatrième et dernière

catégorie, de toutes la moins importante, et que, pour notre part, nous supprimerions volontiers, certains érysypèles dont le début se fait presque simultanément sur la peau et sur la muqueuse. Ce sont généralement ceux dans lesquels le point de départ, la fosse nasale, par exemple, est le même; la phlogose érysipélateuse part alors de ce point dans deux directions opposées, et les téguments externes et internes se trouvent simultanément envahis.

L'érysipèle se propage de l'extérieur à l'intérieur ou réciproquement par diverses voies qui suivent les ouvertures normales et qu'on peut réduire à quatre principales :

1° L'érysipèle peut se propager par la muqueuse buccale, et la lèvre ou les lèvres, généralement au niveau des commissures ; c'est le mode d'extension de beaucoup le plus fréquent.

2° Il peut se propager du pharynx à l'arrière-cavité des fosses nasales ou partir directement de ce point pour parcourir d'arrière en avant les fosses nasales et venir former autour d'une ou des deux narines sa première plaque rouge extérieure.

3° Un mode de propagation plus rare et plus curieux est celui dans lequel l'érysipèle, après avoir envahi les fosses nasales, se propage le long de la muqueuse si ténue qui tapisse le canal nasal, le sac, les canaux et points lacrymaux, pour atteindre de là la conjonctive oculaire, la peau des paupières et se dessiner d'abord autour de l'angle oculaire interne, pour se propager de là au reste de la face.

4° Quelquefois enfin la phlogose érysipélateuse suivant la muqueuse enflammée de la trompe d'Eustache se propage aux diverses cavités de l'oreille, détermine le gon-

flement et la rougeur du canal auditif externe et vient s'étaler soudain sur les téguments de l'oreille et des régions mastoïdienne et cervicale voisines.

L'érysipèle tantôt se propage par une seule fosse nasale, par un seul point lacrymal, par une seule trompe d'Eustache, tantôt par les deux à la fois, tantôt enfin, et ceci arrive assez fréquemment, il se propage en même temps par plusieurs des ouvertures que nous venons d'énumérer et vient apparaître au visage à la fois sur les côtés de la bouche, du nez, et à l'angle interne des yeux.

Notre observation n. 1 présente un cas des plus curieux qui rentre dans cette dernière catégorie et où l'érysipèle a en outre suivi dans sa propagation une symétricité des plus complètes. Parti du pharynx il s'est étendu simultanément aux deux commissures labiales, aux deux fosses nasales, aux deux trompes d'Eustache; puis on a vu apparaître presque en même temps aux deux oreilles et sur le pourtour des deux narines, quatre plaques rouges arrondies, parfaitement régulières, qui grandissant progressivement, à la façon de cercles formés par un corps pesant tombant dans l'eau, sont venues peu à peu se rejoindre en dessinant sur les téguments de la face une sorte de tatouage régulier d'une symétrie parfaite.

Il ressort de toutes nos observations, comme de toutes celles qui ont été publiées antérieurement, que l'érysipèle dans sa propagation de la peau aux muqueuses ou *vice versa*, suit toujours une marche graduellement progressive. Il s'avance de proche en proche sans faire de bonds, sans solution de continuité. Il s'agit là bien complètement d'une extension par continuité, puis par contiguité de tissus. Il ne reste aucune place pour cette théorie si chaudement défendue de la métastase dans cet examen

si facile et si concluant de la propagation à un tissu voisin d'une seule et même inflammation. Et ce qui donne encore plus de force à cette manière de voir, c'est qu'il n'a jamais été possible d'établir de balancement véritable entre l'état de l'érysipèle externe et l'état correspondant de l'érysipèle des muqueuses. On n'a jamais pu voir d'une manière évidente que l'envahissement soudain de la muqueuse pharyngienne coincidât avec une subite amélioration de l'érysipèle externe, comme le voudraient les partisans de la métastase.

Souvent au contraire ces deux affections, ou plutôt ces deux manifestations de la même affection, suivent dans leur évolution respective une marche à peu près identique, sans s'influencer réciproquement d'une manière notable. Il arrive aussi fréquemment, il est vrai, que l'une de ces deux manifestations érysipélateuses est déjà sur le déclin, lorsque les premiers symptômes de l'autre commencent seulement à paraître ; mais il ne faut attribuer ce fait qu'à la marche ambulante particulière à l'érysipèle sur laquelle nous avons déjà tant de fois attiré l'attention, marche successive et progressive, qui fait que même dans l'érysipèle tégumentaire ordinaire, on voit les régions le plus anciennement atteintes se décolorer et rentrer dans l'état normal, à mesure que de nouvelles plaques, apparaissant sur des régions encore saines, viennent annoncer que la phlogose érysipélateuse n'a point encore épuisé son action et continue sa marche en avant. Il en est absolument de même pour la variété d'érysipèle dont nous nous occupons ici, et c'est ce qui explique pourquoi dans bien des cas on voit ses manifestations externes déjà en voie de s'éteindre lorsque apparaissent seulement les premiers symptômes de l'angine pharyngée, sans que pour-

tant il soit nécessaire pour cela d'attribuer à cette apparition d'un nouvel ordre de faits pathologiques, une influence quelconque d'amélioration par substitution sur les manifestations externes.

L'érysipèle du pharynx se termine le plus souvent par résolution, surtout lorsque son premier début a eu le pharynx même pour siége. On voit peu à peu, à mesure que s'amendent les symptômes généraux, diminuer le gonflement et la rougeur de la muqueuse, ainsi que la douleur au niveau de l'isthme du gosier. En même temps s'opère la desquamation épithéliale et il ne reste plus qu'un léger sentiment de gêne dans la déglutition accompagné parfois d'une légère rougeur.

Mais si la terminaison est souvent bénigne, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et nous avons vu que l'érysipèle interne, principalement lorsqu'il n'était que la suite et la propagation d'un exanthème cutané, pouvait devenir une affection des plus sérieuses et entraîner des complications d'une épouvantable gravité. En tête de toutes, il faut ranger l'œdème de la glotte, cette redoutable et subite affection qu'il est bien rarement au pouvoir de la médecine de conjurer à temps.

On trouvera dans nos observations des exemples de cette terminaison fatale par œdème de la glotte, et, ce qu'il y a peut-être de plus étonnant, c'est qu'elle ne soit pas plus fréquente, surtout lorsqu'on en vient à comparer cette rareté de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux de ces régions avec la fréquence si grande de cette même infiltration dans certaines autres régions atteintes d'érysipèle, telles que les paupières ou le prépuce, par exemple.

En tout cas, et sans qu'il nous soit possible de donner

une raison de cette immunité relative du tissu cellulaire pharyngo-laryngien dans ce cas spécial, il est facile de comprendre quelles terribles conséquences doit entraîner cet œdème laryngien, quand par hasard il vient à se produire. Au lieu, en effet, d'être un symptôme sans gravité comme lorsqu'il siége aux paupières ou sur la verge, l'apparition de l'œdème dans ce cas constitue presque toujours un véritable arrêt de mort que ne peuvent souvent différer, ni la médication la plus énergique, ni bien souvent la trachéotomie elle-même.

Nous n'avons point à décrire ici les symptômes propres à l'œdème du larynx et principalement à l'œdème de la glotte ou des ligaments aryténo-épiglottiques, symptômes qui, en dehors de ceux que peuvent fournir l'examen direct par la vue et le toucher des cordes vocales, lorsque cet examen est possible, se résument en un seul mot: *asphyxie*. C'est en effet l'asphyxie et son terrible cortége qui, dans cette cruelle complication de l'érysipèle pharyngien, domine et remplit toute la scène, laissant bien loin à l'arrière-plan tous les autres signes locaux que nous avons si longuement énumérés.

Dans les cas d'angine érysipélateuse se terminant d'une manière funeste, l'asphyxie, pour être mortelle, n'en est pas pour cela toujours sous la dépendance de l'œdème des tissus sous-muqueux. Elle peut dépendre quelquefois d'une lésion bien différente, mais d'une égale gravité, je veux parler de l'extension aux bronches et à leurs ramifications les plus fines de la phlogose érysipélateuse. Ce sont là des terminaisons rares, mais parfaitement bien constatées de l'érysipèle du pharynx, terminaisons dont l'observation, publiée par M. le Dr Simon, rapporte un bel exemple, et qui constituent, comme nous l'avons dit, les seuls cas vrai-

ment authentiques de bronchite, de broncho-pneumonie ou bien plus exactement de bronchite capillaire érysipélateuse, car dans les cas mortels l'érysipèle pénètre toujours jusqu'à la muqueuse des petites bronches.

Dans certains cas bénins, l'érysipèle descendu du larynx dans la trachée et les grosses bronches, se borne à provoquer de ce côté quelques symptômes inflammatoires presque analogues à ceux de la bronchite ordinaire aiguë et qui cèdent au fur et à mesure de la décroissance générale de l'exanthème. Ces cas ne présentent rien de grave assurément, mais d'autres fois, au contraire, l'érysipèle semble, sous l'influence d'une cause maligne mal définie, concentrer sur la muqueuse pulmonaire le maximum de son intensité et de sa violence. Alors éclatent des symptômes d'une gravité extrême ; ce sont, du reste, ceux qu'on décrit généralement dans l'étude de la bronchite capillaire. C'est qu'alors, en effet, l'énanthème érysipélateux, ainsi qu'il est du reste facile de le constater à l'autopsie par l'examen de la rougeur caractéristique, a envahi l'arbre bronchique tout entier jusqu'à ses dernières ramifications. Les symptômes principaux sont tous sous la dépendance de l'asphyxie, comme dans la bronchite capillaire, et nous ne reviendrons point sur leur description. Les malades assis sur leur couche sont en proie à une anxiété formidable ; la dyspnée est terrible; ils font pour respirer de vains efforts, l'asphyxie et la cyanose font de rapides progrès et la vie abandonne bientôt leur corps refroidi et cyanosé.

« Trois fois, dit M. Peter, nous avons vu, pour notre part, l'érysipèle du pharynx produire la *bronchite capillaire*, qui se comprend par la migration de l'érysipèle jusqu'aux ramifications ultimes des bronches. » Puis il

ajoute : « Une fois aussi nous l'avons vu produire la phthisie galopante. » Pour ce qui est de cette affection, on ne conçoit sa relation avec l'érysipèle interne que par l'impulsion imprimée par celui-ci à l'affection tuberculeuse, latente jusque-là. Dans le cas dont nous parlons, il s'agit d'un homme atteint d'une affection strumeuse de la main ; on lui fit l'amputation d'un doigt. Un érysipèle survint, qui envahit la face, puis la gorge. Bientôt le malade, qui n'avait encore jamais toussé, eut une toux des plus fréquentes, et il succomba en moins de trois semaines aux progrès de son affection pulmonaire. Comme nous observions en ce même moment des cas de bronchite capillaire érysipélateuse, nous crûmes, chez cet homme, à une bronchite de même nature. A l'autopsie, nous trouvâmes des granulations miliaires dans toute l'étendue des poumons, dont le parenchyme était vivement congestionné. Il ne nous semble pas douteux qu'ici l'érysipèle interne n'ait joué, par rapport à la phthisie granuleuse, le rôle de cause occasionnelle chez un sujet prédisposé. »

Il n'y a pas d'exemple d'érysipèle interne compliqué de suppuration ; cependant on comprendrait fort bien, à la rigueur, que, sous son influence irritante, il se formât dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans les amygdales des collections purulentes, de véritables abcès, comme on en voit, dans certains cas, se former en si grand nombre à la face et à la suite de toutes les variétés d'érysipèle cutané. Nous dirons même que l'absence de toute observation d'érysipèle phlegmoneux de la gorge est assez difficile à expliquer, quand on songe à la multiplicité des angines phlegmoneuses et à la disposition que paraît avoir, dans ce cas, le tissu cellulaire sous-

muqueux à former des collections purulentes relativement considérables. Malgré tout, on n'a cependant pas observé, à notre connaissance, d'abcès accompagnant l'érysipèle guttural.

L'érysipèle du pharynx, dans certaines conditions de malignité et de gravité, peut se terminer par la gangrène. M. Cornil, qui a étudié spécialement ce mode de terminaison, en publie trois exemples empruntés à MM. Pihan et Guéniot. Dans ces trois cas, remarquables par la malignité extrême des symptômes généraux et de la marche de la phlogose érysipélateuse, la gangrène de la muqueuse a porté sur des points trop profondément situés pour qu'il ait été possible de reconnaître son existence *de visu*, et tout au plus a-t-on pu la soupçonner, grâce à l'odeur infecte et *sui generis* qui s'exhalait de la bouche des malades. Mais; comme ces observations se sont toutes trois terminées par la mort, l'examen microscopique n'a pas laissé le moindre doute sur l'existence de la gangrène absolue des replis aryténo-épiglottiques qui étaient réduits en un véritable putrilage. Cette gangrène avait succédé à une inflammation des plus violentes de cette région, accompagnée de la rougeur caractéristique et de production de phlyctènes auxquelles avaient elles-même succédé les eschares, et cela par un processus pathologique absolument analogue à celui qui s'observe toujours dans toute partie vivement phlogosée, dans une brûlure de la peau, par exemple, où la rougeur, la phlyctène, précèdent la mortification.

Dans deux des cas cités, il existait sur les cordes vocales supérieures une ulcération superficielle dont le fond était rougeâtre, dont les rebords se continuaient insensiblement avec la muqueuse fortement conges-

tionnée. Cette dernière lésion était évidemment sous la dépendance de la même influence spéciale qui avait donné à cette affection, dans ces cas, un cachet malin si particulier, influence maligne qui, nous croyons devoir le répéter, a été pour beaucoup dans cette terminaison par gangrène de l'inflammation érysipélateuse.

En un mot, l'angine érysipélateuse *avec gangrène* est d'origine primitivement maligne ; la gangrène tenant à l'essence même du mal ou au mauvais état de l'organisme plus encore qu'à l'intensité du travail phlegmasique.

Du reste, pour tous les points plus spéciaux relatifs à cette forme particulière de l'érysipèle du pharynx, nous renvoyons à l'étude de l'angine gangréneuse, cette affection si redoutable dont les cas que nous venons de citer ne constituent en somme qu'une des nombreuses variétés,

Il est impossible de rien dire de bien précis sur la durée de l'érysipèle du pharynx. Il faudrait pour cela commencer par agiter la question de savoir si l'on doit faire ou non rentrer dans cette durée totale de l'affection certains prodromes, tels que l'engorgement des ganglions maxillaires, qui ont une si grande importance au point de vue du pronostic.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'érysipèle des muqueuses sur un point donné a une durée égale à celle qu'il aurait sur un point quelconque de la surface cutanée. — Une plaque érysipélateuse dure en moyenne de trois à cinq jours, mais on ne saurait tirer de là aucune indication pour apprécier la valeur positive de la durée totale d'un érysipèle du pharynx. Car d'abord nous n'avons en vue, en donnant ce chiffre, que les cas où l'éry-

sipèle ne présente aucun caractère malin, mais bien au contraire la forme purement gastrique. Il suffit, en effet, de la simple présence de cet élément malin pour dérouter tous les calculs, et telle région qu'un érysipèle dépourvu de gravité aurait quittée au bout du troisième ou du quatrième jour, peut rester malade un nombre de jours indéterminé, et, en tout cas, bien plus long, pour peu que la funeste influence de la forme adynamique prévale avec quelque énergie.

Puis, dans cette appréciation de la durée, il faut faire entrer en ligne de compte un élément des plus importants. L'érysipèle, éteint sur un point, se propage sur un autre, soit qu'il pénètre plus profondément, soit, au contraire, qu'il gagne l'extérieur; les nouvelles parties atteintes prolongent de beaucoup la durée totale, et l'on voit, comme nous l'avons dit au début, que rien n'est plus difficile, ou plutôt qu'il est absolument impossible d'assigner une durée précise à une affection que tant de raisons diverses, tant d'influences puissantes peuvent contribuer à prolonger. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'affection, dans son état aigu, ne se prolonge point au delà d'un septénaire.

Rappelons, en terminant, la forme quelquefois foudroyante que revêt l'érysipèle du pharynx dans les cas d'une gravité exceptionnelle, lorsque vingt-quatre heures à peine suffisent pour laisser éclater à la fois sur la peau et le pharynx une inflammation d'une acuité telle que l'œdème de la glotte peut en être la suite presque instantanée.

Tout ce qu'il est possible de dire au sujet du pronostic de l'érysipèle du pharynx a été dit dans les pages précédentes.

Nous n'y reviendrons donc que pour répéter que si par lui-même l'érysipèle du pharynx n'est pas une affection d'une grande gravité, cependant les complications redoutables qui peuvent survenir en font toujours une maladie sérieuse, surtout lorsqu'il s'agit d'un érysipèle externe n'atteignant la gorge que consécutivement.

DIAGNOSTIC.

En parcourant les divers Mémoires qui nous ont aidé pour la rédaction de ce travail, nous avons été frappé de la divergence assez sensible d'opinions qui s'y manifeste pour tout ce qui a trait au diagnostic des diverses variétés de l'affection dont nous nous occupons, et principalement pour ce qui regarde l'érysipèle même du pharynx.

Tous les auteurs, il est certain, s'accordent à dire que rien n'est plus simple que le diagnostic de l'angine érysipélateuse, lorsqu'elle concorde avec les symptômes bien tranchés d'un érysipèle externe, ou qu'elle en a été simplement précédée ou suivie.

Ils sont encore d'accord sur ce point que, même en l'asebnce de manifestations érysipélateuses externes, la seule existence concomitante d'une constitution épidémique érysipélateuse peut singulièrement faciliter le diagnostic. Mais la divergence des opinions vient à s'accuser lorsqu'il s'agit de savoir jusqu'à quel degré, en l'absence de ces deux circonstances si importantes, il est encore possible de diagnostiquer avec quelque certitude la présence d'une angine érysipélateuse, et de la distinguer des autres affections inflammatoires si nombreuses de la muqueuse de cette région, par la seule inspection

des phénomènes locaux qu'elle présente dans ce cas, et que nous avons décrits plus haut.

M. Cornil, d'une part, auquel on ne saurait refuser une très-grande compétence en cette matière, car peu d'auteurs ont plus sérieusement que lui approfondi ce point particulier de l'histoire de l'érysipèle, attachant peut-être une importance un peu exagérée à l'examen direct du pharynx et des divers degrés de lésions locales qu'il a le premier si bien décrites, s'efforce de démontrer que cet examen repose sur une série de symptômes assez caractéristiques pour permettre de distinguer nettement l'érysipèle du pharynx par ses propres symptômes locaux et en dehors de toute autre considération adjuvante extérieure. M. Ciure, marchand sur ses traces, en arrive à peu près aux mêmes conclusions, et cherche à prouver que l'examen seul et direct de la muqueuse pharyngienne malade, grâce aux lésions spéciales dont elle est atteinte, peut permettre d'affirmer qu'il s'agit bien là d'une angyne érysipélateuse, et non simplement d'une angine inflammatoire quelconque. D'autre part, M. le Dr Peter, et avec lui de nombreux auteurs, attachent une valeur bien moindre à cet examen direct et à ces symptômes spéciaux qui caractériseraient sur la muqueuse cette variété de phlogose pharyngienne, et sont d'avis que, dans les cas, très-rares du reste, où l'apparition d'un exanthème ne vient pas dissiper tous les doutes, il est très-difficile, sinon impossible, d'affirmer la présence de l'érysipèle dans e pharynx.

Cette dernière opinion se rapproche beaucoup de notre manière de voir, et nous croyons aussi qu'on a peut-être attaché une importance trop considérable à telle ou telle lésion locale.

Nous ne voudrions pas cependant que le lecteur pût s'imaginer qu'entre ces deux opinions il existât une divergence totale. Bien au contraire, toutes deux s'accordent en ceci qu'il y a bien des cas où les symptômes existant du côté du pharynx sont si peu nets et si mal caractérisés, qu'il est impossible de poser des conclusions et d'arriver à un diagnostic formel. Mais MM. Cornil et Ciure admettent une autre série de cas dans lesquels les symptômes locaux leur paraissent assez tranchés pour permettre un diagnostic anticipé d'une très-grande certitude, tandis que les partisans de la seconde opinion, tout en admettant pour l'érysipèle pharyngien l'existence d'un ensemble de lésions ayant un caractère particulier, déclarent que les cas où ces lésions sont assez tranchées pour permettre de distinguer sûrement cette angine de tant d'autres qui lui ressemblent sont, à leur avis, d'une excessive rareté.

« Les signes que nous avons donnés de l'angine érysipélateuse, dit M. Peter, n'ont aucune valeur absolue. Ni le caractère cuisant de la douleur, ni la teinte rouge sombre et l'aspect lisse du pharynx, ni les bulles, ni les pellicules pseudo-membraneuses qui leur succèdent, ni même l'engorgement ganglionnaire, ne sont suffisants pour diagnostiquer l'angine érysipélateuse. On pourra supposer, mais *supposer* seulement, que l'angine est un érysipèle du pharynx, quand elle apparaît au milieu d'une épidémie d'érysipèles et chez un individu exposé à la contagion, comme dans une salle d'hôpital, par exemple, et encore si l'érysipèle ne se montre pas à la peau consécutivement à l'angine observée, je dis qu'on ne pourra pas affirmer, qu'elle était un érysipèle du pharynx. »

Nous nous rangeons volontiers à cette opinion, en rappelant encore une fois que les cas sont bien rares où l'existence d'un exanthème externe ne vient pas lever tous les doutes. Nous irons même plus loin, et nous dirons que, lorsqu'un érysipèle violent de la face ou du cuir chevelu se complique d'un mal de gorge, d'une simple angine, quand même cette angine n'offrirait aucun caractère spécial, et que l'examen de la muqueuse pharyngienne n'indiquerait qu'une simple rougeur inflammatoire, sans aucune apparence de ces lésions particulières que nous avons décrites, telles que phlyctènes et pseudo-membranes, nous n'hésiterions pas, à moins de données contraires positives, à placer cette angine sous l'influence directe de l'érysipèle et à lui attacher l'étiquette d'angine érysipélateuse.

Et c'est ici qu'apparaît surtout l'importance extrême de l'examen minutieux des circonstances concomitantes, de l'étude du milieu, des prodromes et des divers autres phénomènes accessoires. Étant donnée, en effet, une angine que l'on pourrait croire d'origine simplement inflammatoire, éclatant chez un malade non atteint d'érysipèle, mais placé dans des conditions où il est susceptible de gagner la contagion érysipélateuse, et accompagnée d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, il sera d'une bonne et judicieuse conduite médicale de soupçonner l'imminence d'un érysipèle. On sera en droit de croire à l'existence d'une angine pharyngienne érysipélateuse, malgré l'absence absolue de lésions caractéristiques de la muqueuse, malgré même la présence de lésions qui pourraient faire croire plutôt à l'existence d'une autre variété d'angine, tout comme la présence d'élévations boutonneuses chez un enfant atteint de fièvre

éruptive, ne sera pas pour le médecin une considération suffisante pour pencher plutôt pour la variole que pour la rougeole, si, en dehors même de la présence de tout symptôme caractéristique, il est prouvé que le petit malade est plongé dans un milieu où règne actuellement une épidémie morbilleuse. Naturellement le diagnostic n'aura rien de certain; le médecin se trompera peut-être; mais on ne pourra légitimement le taxer de maladresse ou d'erreur si, dans de telles conditions, on voit enfin survenir une véritable variole, pas plus qu'on ne pourra lui faire un crime d'avoir cru à la nature érysipélateuse d'une angine compliquée d'engorgement des ganglions et survenant chez un malade exposé à subir la contagion érysipélateuse. Du reste, la plupart du temps, le doute prolongé ne sera même pas possible; au bout de bien peu de temps, souvent de vingt-quatre heures au plus, on verra se dessiner sur un point quelconque des téguments, ordinairement au voisinage d'une des ouvertures normales, la rougeur caractéristique qui indiquera l'envahissement par l'érysipèle de la surface cutanée externe.

Donc, pour nous résumer, rien ne sera plus facile en général, grâce à ces deux données sur lesquelles nous avons tant insisté : coïncidence d'un exanthème, existence actuelle d'une épidémie, d'arriver en très-peu de temps à un diagnostic exact, même dans ces cas qu'on pourrait appeler *frustes*, où l'angine n'est signalée que par ses symptômes les plus vulgaires et les moins caractéristiques. Mais, en l'absence de ces deux conditions, le médecin en sera le plus souvent réduit au doute et à l'expectation jusqu'à l'apparition du symptôme décisif, c'est-à-dire de l'érysipèle externe; et, dans le cas où ce symptôme viendrait décidément à manquer, ce ne sera

que bien rarement qu'il pourra affirmer, par la seule inspection des symptômes locaux, qu'il avait bien affaire à un érysipèle du pharynx. Du reste, nous ne pouvons nous empêcher de dire ici qu'à notre avis, et dans ce cas spécial, ce diagnostic n'a pas grande importance pratique, et que cette discussion intéresse la science bien plutôt que le traitement direct de la maladie. D'un côté, en effet, on se trouve en présence d'une inflammation violente de la gorge, inflammation dont on doit prévoir les conséquences graves toujours possibles, mais qui, en somme, qu'elle soit de nature franchement inflammatoire ou de nature érysipélateuse, réclame presque toujours une seule et même thérapeutique; et, d'un autre côté, cette même thérapeutique est encore si peu parfaite et si impuissante, qu'elle ne pourra nullement prévenir la complication la plus probable, s'il se trouvait qu'on a véritablement affaire à l'érysipèle, nous voulons parler de la propagation de l'exanthème, soit à la face, soit sur les portions plus éloignées et plus profondes de la muqueuse. Qu'on soupçonne donc, ou qu'on ne soupçonne pas la nature érysipélateuse de l'angine, on ne pourra guère recourir qu'à la médication antiphlogistique, et, jusqu'à l'apparition de symptômes nouveaux, la précision du diagnostic ne pourra pas avoir grande influence sur le traitement, seule chose en somme vraiment importante au point de vue pratique.

Mais tout ceci n'est point une raison pour nous faire négliger d'énumérer tous les signes qui peuvent, quelque imparfaitement que ce soit, contribuer à éclairer le diagnostic et faire distinguer l'angine pharyngée érysipélateuse des nombreuses affections renfermées dans le même cadre nosologique.

Les principaux de ces signes locaux sont, comme nous l'avons déjà dit, et dans l'ordre de leur apparition, le gonflement considérable et douloureux des ganglions sous-maxillaires, le caractère particulier de la douleur, la coloration rouge et l'aspect lisse du pharynx, les vésicules ou phlyctènes, et les pellicules pseudo-membraneuses qui leur succèdent. Or on peut retrouver chacun de ces signes dans d'autres maladies inflammatoires du pharynx, mais souvent avec des caractères sensiblement différents, et qu'il est parfois possible de distinguer par l'inspection même de la gorge et des parties environnantes.

Pour cette étude du diagnostic, dans les cas du moins où il est possible de juger *de visu* de l'état des parties malades, nous diviserons, à l'exemple de M. Cornil, les angines pharyngiennes en deux grandes catégories : celles où la muqueuse seule est affectée, et celles qui sont caractérisées par un produit spécial ayant son analogue à la peau. Ces dernières sont naturellement d'un diagnostic beaucoup plus facile, du moins dès qu'on aura pu constater la première apparition des manifestations cutanées.

Dans la première de ces deux classes, la plus commune est la simple angine catarrhale. Mais il est bien difficile de la confondre avec une angine érysipélateuse. Tous les symptômes, en effet, qui peuvent être communs à ces deux affections, sont atténués dans l'angine catarrhale : réaction fébrile généralement bien moindre, douleur bien moins vive, coloration de la muqueuse moins intense, d'une teinte rosée beaucoup plus pâle, absence enfin, ou développement peu considérable de l'engorgement ganglionnaire. Cependant ce dernier symptôme existe quelquefois à un degré assez notable dans l'angine

catarrhale; et, pour peu qu'on ait affaire à une angine, il ne sera vraiment pas permis de conclure du volume de l'engorgement ganglionnaire à sa nature érysipélateuse. Le diagnostic pourra même devenir difficile dans les cas très-rares où, comme nous l'avons déjà tant de fois répété, on ne verra pas survenir dans un espace de temps très-limité, un exanthème de même nature sur les téguments de la face.

Dans l'angine rhumatismale, la douleur est intense, mais l'engorgement ganglionnaire manque en général absolument; si donc, comme le fait remarquer M. Peter, l'on peut dire jusqu'à un certain point d'une angine sans engorgement ganglionnaire qu'elle est rhumatismale, ce n'est point du tout encore ici une raison pour dire qu'une angine est érysipélateuse lorsqu'elle est accompagnée de ce même engorgement.

L'angine inflammatoire phlegmoneuse, dont les concrétions crémeuses et blanchâtres qui l'accompagnent quelquefois et qui souvent tapissent la surface des amygdales pourraient être prises pour les pseudo-membranes épithéliales de la pharyngite érysipélateuse, s'en rapproche encore par la violence et la gravité de la réaction générale ainsi que par les menaces de suffocation qui peuvent, dans les deux cas, survenir avec une grande rapidité. On arrive pourtant généralement avec facilité au diagnostic par l'examen des amygdales, siége de prédilection de l'angine phlegmoneuse. Celles-ci, dans ce cas, sont énormes, d'une rougeur vive; elles forment, à l'entrée de l'isthme du pharynx, deux masses volumineuses qui obstruent tout le champ du canal bucco-pharyngien, et l'on n'a pas de peine à s'apercevoir que l'asphyxie imminente, les accès continuels de suffocation

qui surviennent, principalement dans les cas graves, sont sous la dépendance directe de ce développement anormal des tonsilles ; tandis que, comme nous l'avons déjà vu, il est bien rare que celles-ci, dans l'angine érysipélateuse, viennent à augmenter de volume d'une manière notable.

Dans l'angine aphtheuse, qui très-souvent, du reste, se complique de manifestations cutanées, on ne saurait confondre ces petites vésicules auxquelles succèdent de petites ulcérations taillées comme à l'emporte-pièce, régulières, rondes ou ovalaires, avec les bulles et les phlyctènes de l'érysipèle. Tout, du reste, dans la nature, la marche, les origines des deux affections est absolument différent.

On ne pourra pas non plus confondre l'angine érysipélateuse avec le muguet dont tous les symptômes et la marche la séparent ; avec les diverses stomatites dont le retentissement pourrait se faire sentir jusqae dans le pharynx, mais qui n'ont rien de commun avec l'érysipèle, et dont pour la plupart l'origine suffira pour indiquer la nature. Nous ne faisons que citer pour mémoire la stomatite ulcéro-membraneuse, la stomatite mercurielle, les diverses ulcérations chroniques, spécifiques ou scrofuleuses de la bouche ou de la gorge. Ces ulcérations et lésions de nature spéciale se distinguent déjà facilement par le simple examen des autres manifestations de la même diathèse, manifestations qui les accompagneront certainement sur d'autres points de l'organisme, mais elles présentent en outre elles-mêmes un aspect si spécial qu'il sera impossible de les confondre avec les symptômes de l'érysipèle. Quel médecin, en effet, pourrait prendre pour une pharyngite érysipélateuse une

angine syphilitique secondaire, et pour une inflammation érysipélateuse de la muqueuse les plaques muqueuses opalines et les ulcérations superficielles que la diathèse syphilitique fait naître sur les parois du pharynx et sur le voile du palais?

Nous arrivons à la seconde catégorie d'angines qui se distinguent des premières par l'existence sur la peau de manifestations identiques et appartenant à la même forme élémentaire. Cette particularité distinctive enlève au diagnostic sa difficulté première, et le doute ne peut jamais exister qu'un temps; car dans toutes ces affections, il arrive un moment où l'angine est précédée, suivie ou accompagnée dans son évolution d'un élément extérieur facilement reconnaissable, qui constitue souvent la manifestation la plus importante de la maladie et permet de la distinguer immédiatement, avec la plus entière certitude, de toute affection érysipélateuse. Il en est ainsi, par exemple, des angines variolique, scarlatineuse, rubéolique, qui, à un certain moment de leur évolution, peuvent toujours être nettement distinguées par l'apparition sur le tégument externe des manifestations indubitables de la variole, de la scarlatine, de la rougeole. — Et ceci n'est point sans quelque importance, car jusque-là on pourrait parfois fort bien confondre ces angines avec celle qui nous occupe, et se demander si l'on n'aurait point simplement affaire à quelque angine des fièvres éruptives. Il en est surtout ainsi pour l'angine de la scarlatine qui, et par ses prodromes, et par l'aspect de la muqueuse, par les concrétions et les enduits qui peuvent la recouvrir, par l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, par l'état général enfin, peut dans certains cas être confondue avec l'angine de l'érysipèle. Nous en

avons un exemple dans notre observation n° 17 où au début des accidents du côté de la gorge, on avait très-sérieusement songé à une scarlatine, et ce ne fut qu'au moment de la brusque apparition sur la face de plaques rouges érysipélateuses que le diagnostic put être établi d'une manière exacte. Les caractères distinctifs qu'on a voulu tracer entre ces deux angines, en s'appuyant sur le seul examen des symptômes locaux, nous semblent très-insuffisants; on a eu beau insister d'un côté sur les caractères de la muqueuse atteinte d'érysipèle, de l'autre sur la rougeur pointillée et diffuse de cette même muqueuse dans la scarlatine, sur les pustules ombiliquées identiques à celles de la peau, et dont elle est parsemée dans la variole, sur les petites taches rouges qui caractérisent l'énanthème morbilleux pharyngien, le diagnostic ne saurait être absolument certain. Il faut de toute nécessité y faire coopérer l'examen des manifestations externes de ces fièvres éruptives, à moins cependant que l'on ne parvienne à constater sur la muqueuse pharyngienne ces lésions spéciales dont nous avons si souvent parlé, je veux dire les phlyctènes. Bien que celles-ci soient communes à d'autres affections que nous avons encore à passer en revue, elles n'ont du moins aucun lien avec les angines des trois fièvres éruptives principales. Mais, nous le savons, rien n'est plus fugitif, rien n'est moins constant que l'existence de ces phlyctènes, et les plaques pseudo-membraneuses qui leur succèdent n'ont rien d'assez particulier pour qu'il soit possible de les distinguer sûrement par une simple inspection des divers enduits, des plaques, des concrétions crémeuses et pultacées si fréquentes dans la scarlatine et les autres affections inflammatoires de la gorge.

On peut cependant faire parfois une distinction entre ces plaques de l'angine érysipélateuse et la fausse membrane de la diphthérite pharyngienne, fausse membrane grise, résistante, épaisse, quelquefois stratifiée et tachée de sang. Le caractère tiré de l'examen de l'engorgement ganglionnaire dans la même affection est sans importance ; car celui-ci est ordinairement tout aussi considérable dans l'érysipèle du pharynx; mais il sera possible d'arriver à une certitude plus grande par l'examen de l'état général, de la réaction fébrile si peu marquée, si différente de la réaction franchement inflammatoire du début de l'érysipèle, par le caractère de la douleur bien moins vive, ne ressemblant en rien à cette douleur cuisante, ardente que nous avons décrite dans l'affection érysipélateuse. Du reste encore ici, et nous ne saurions nous lasser de le répéter, l'apparition de l'exanthème viendra rapidement lever tous les doutes, s'il était possible d'en avoir.

Un certain nombre d'angines et d'affections du pharynx, à manifestations bulleuses ou vésiculeuses, pourront être confondues avec l'érysipèle pharyngien dans le cas où des phlyctènes se seraient développées sur la muqueuse malade. Ici encore l'apparition presque constante sur un point du tégument externe de manifestations appartenant à la même forme élémentaire constitue un élément de diagnostic bien préférable à ceux qu'on pourrait tirer de l'examen direct de la muqueuse pharyngienne.

Cependant il est utile de rappeler que l'énanthème miliaire se caractérise par de nombreuses vésicules petites, acuminées, entourées à leur base d'un cercle inflammatoire, et irrégulièrement groupées, bien diffé-

rentes, on le voit, des phlyctènes ordinairement considérables, irrégulières et peu nombreuses qui soulèvent l'épithélium de la muqueuse atteinte d'érysipèle.

Ces mêmes phlyctènes irrégulières diffèrent des bulles si régulières dans leur contour hémisphérique qui caractérisent le pemphigus du pharynx, affection d'ailleurs d'une grande rareté et que bien d'autres symptômes contribuent à distinguer de l'érysipèle du pharynx.

Il en est de même de l'hydroa vésiculeux, dont il est peu important de se préoccuper ici.

Il n'en est pas ainsi d'une autre affection de la gorge, l'angine herpétique ou herpès pharyngien, maladie qui, à un certain moment de son évolution, et surtout lorsqu'il n'existe pas en même temps sur les lèvres ou la muqueuse labiale des vésicules d'herpès analogues, ne se distingue que difficilement de l'érysipèle pharyngien. Dans les premiers temps de son apparition, l'herpès de la gorge donne lieu, il est vrai, à l'apparition de groupes vésiculeux tout à fait semblables à ceux de l'herpès labial, et pour un œil exercé il est impossible de confondre ces vésicules petites, nombreuses et ainsi groupées avec les phlyctènes de l'érysipèle. Mais ces vésicules disparaissent rapidement ; elles n'ont qu'une durée éphémère et se trouvent bientôt remplacées par de petites ulcérations superficielles recouvertes elles-mêmes de sécrétions couenneuses. La muqueuse environnante, rouge et enflammée, se revêt des mêmes produits qu'elle sécrète parfois en abondance. Il existe en même temps de l'engorgement ganglionnaire, une douleur quelquefois des plus intenses. On le voit, la ressemblance peut à ce moment devenir frappante, et, pour peu qu'on n'ait pas assisté au début du mal et à la production de ces petits groupes de vési-

cules d'une existence si éphémère, pour peu surtout qu'il n'existe point d'herpès labial dont la présence lèverait instantanément tous les doutes, il se peut qu'on soit fort embarrassé, et il devient impossible ou presque impossible d'arriver à un diagnostic certain. Tous ces signes locaux tirés de l'engorgement des ganglions, de la douleur, de la rougeur plus ou moins vives, plus ou moins violentes, n'ont alors en somme pas grande valeur. On voit donc que nous avons eu raison de dire au début de ce chapitre que, vouloir attribuer en propre à l'érysipèle pharyngien des signes locaux, soit visibles à l'œil, soit fonctionnels, qui permettent de le distinguer des autres angines par l'inspection seule du pharynx, est une prétention un peu hardie. « Si nosologiquement, dit M. Peter, on ne peut révoquer en doute l'existence de l'angine érysipélateuse, en tant qu'espèce distincte, cliniquement, il est bien difficile de la reconnaître en dehors des circonstances que nous avons déjà énumérées, à savoir la coexistence, l'antériorité ou la succession d'un érysipèle à la face. »

Pour ce qui est du diagnostic des manifestations érysipélateuses du côté du larynx, de la trachée et des bronches, nous n'avons qu'un mot à dire. On ne peut les diagnostiquer avec quelque apparence de certitude que lorsqu'elles procèdent par propagation évidente et régulière d'un érysipèle du pharynx. Hors de là tout n'est que doute, hypothèse et incertitude, non-seulement pour ce qui est du diagnostic actuel, mais, nous l'avons déjà dit, pour ce qui est de l'existence même de pareilles affections. Lorsque donc, chez un malade atteint d'un érysipèle du pharynx violent et manifeste, on verra se développer les symptômes sur lesquels nous avons déjà

insisté, et qui indiquent une inflammation du larynx, de la trachée ou des bronches, on sera en droit de diagnostiquer avec quelque certitude l'extension de l'érysipèle à ces organes.

ÉTIOLOGIE.

Nous serons bref sur le chapitre des causes de l'érysipèle pharyngien. Ce point particulier d'étiologie rentre en effet dans l'étude générale des causes de l'érysipèle.

Cependant on peut, à cet effet, diviser les érysipèles du pharynx en deux catégories : une, comprenant les cas qui ne sont qu'une propagation d'un érysipèle extérieur; l'autre, au contraire, tous ceux qui débutent d'emblée sur la muqueuse.

Évidemment l'étiologie des cas de la première catégorie rentre absolument dans le cadre si vaste des causes de l'érysipèle de la face; et, quant à cette particularité de propagation du côté des muqueuses, il n'est pas plus en notre pouvoir d'en expliquer la vraie raison que d'expliquer pourquoi, dans d'autres circonstances, ce même érysipèle de la face, au lieu de gagner les cavités nasale et buccale, s'étend au contraire, tantôt du côté du cuir chevelu, tantôt du côté de la nuque et du cou.

Quant aux érysipèles de la seconde catégorie, qui débutent d'emblée sur un point quelconque de la muqueuse, il est le plus souvent difficile de leur assigner une cause locale bien évidente; mais en tout cas ils débutent tous sous deux formes distinctes : dans la première, ils ont pour point de départ une ulcération de quelque nature qu'elle puisse être, et la rougeur s'étend, en s'irradiant, autour du foyer. Dans la seconde, plus nombreuse, en

l'absence de toute lésion ulcéreuse, de toute irritation matérielle appréciable à la vue, l'érysipèle éclate sur une portion plus ou moins considérable de l'arrière-gorge, et il est impossible de découvrir une solution de continuité qui en ait été l'occasion. Dans ces conditions mêmes, on ne peut, il est vrai, affirmer que l'origine de la maladie n'ait pas été dans une éruption qui occupait quelque point inaperçu des fosses nasales ou la face postérieure du voile du palais. Mais, en tout cas, il faudra attribuer ici, comme dans toutes les autres variétés d'érysipèles, une part extrêmement considérable à ces causes générales, si puissantes et si mal connues, à ces influences épidémiques, malignes et pernicieuses, dont l'étude est d'une si grande importance et a encore donné de si pauvres résultats pour la connaissance exacte, et pourtant bien nécessaire, de l'étiologie de l'érysipèle en général.

Il existe donc des cas, et nous en citons plusieurs dans nos observations, où il est possible d'assigner à l'érysipèle pharyngien une origine locale interne bien évidente, soit une ulcération de nature quelconque, soit une autre cause, ou réellement traumatique, ou simplement irritante, en tous points analogue à une des mille causes, des mille lésions qui provoquent si fréquemment sur le tégument externe l'explosion des érysipèles externes dits chirurgicaux.

Nous allons énumérer ici quelques-unes de ces causes locales.

Dans deux de nos observations, recueillies dans les mêmes circonstances, les observations n° 3 et n° 4, il est de toute évidence que le point de départ réel de l'érysipèle de la gorge a été l'irritation produite par la présence, sur la muqueuse, de plaques syphilitiques secondaires,

multiples et anciennes. Naturellement il faut faire une large part, une part principale et dominante à l'influence épidémique qui régnait à ce moment dans la salle où se trouvaient ces malades. Mais il n'en est pas moins juste de dire que ces plaques muqueuses ont été, sinon la cause, du moins le point de départ véritable de l'érysipèle, le point faible qui a permis à l'influence épidémique de prendre pied sur ce terrain, encore vierge de ses atteintes, mais si bien préparé pour le recevoir.

D'autres fois, on a vu l'érysipèle interne succéder à des brûlures graves de la muqueuse pharyngienne ou de la muqueuse laryngée, brûlures ayant succédé, soit à l'ingestion de liquides brûlants, soit à l'inspiration involontaire et à la pénétration dans le conduit pharyngo-laryngien de vapeurs ou de gaz à une température très-élevée.

L'érysipèle du pharynx peut quelquefois succéder à une affection varioleuse : nous en citons un cas dans notre observation n° 7. M. Lasègue en cite également une observation : pour lui, l'affection varioleuse paraît, dans cette circonstance, être plutôt l'avant-coureur que la cause directe de l'angine érysipélateuse. L'éruption variolique n'affecte l'arrière-gorge qu'à la première phase de la maladie, et les pustules cutanées entrent à peine en suppuration, quand celles de la gorge sont guéries depuis longtemps : il se peut néanmoins que les piliers ou les amygdales, irrités par la pustulation, deviennent le siége d'éruptions secondaires analogues aux furoncles et aux ulcères superficiels qui se produisent sur la peau, après la terminaison de la variole proprement dite. Nous ne faisons que citer M. Lasègue, sans prendre sur nous d'affirmerqu'il soit absolument dans le vrai.

Les diverses opérations chirurgicales pratiquées sur les parois de la gorge, sur la langue, sur les piliers du voile du palais, les incisions avec le bistouri en cas d'ouverture d'abcès, l'ablation de tumeurs de ces régions, et plus souvent l'ablation d'une ou des deux amygdales, peuvent devenir, sous l'influence de causes ignorées, le plus fréquemment sous l'influence du génie épidémique, le point de départ de l'érysipèle de ces régions.

Au pharynx comme à la face, l'intensité de l'érysipèle semble être d'autant plus grande que le terrain avait été mieux préparé par une fluxion préalable. Ainsi, comme nous l'avons dit, l'angine syphilitique prédispose certainement à l'angine érysipélateuse. Il en est quelquefois, mais très-rarement, de même de l'angine spéciale de la fièvre typhoïde (pharyngo-typhus) qui peut, paraît-il, contribuer à la production d'un érysipèle guttural. Cela est rare, nous le répétons, car l'érysipèle est une complication exceptionnelle de la fièvre typhoïde ; cependant nous avons trouvé dans les journaux allemands deux cas d'érysipèle pharyngien succédant à un mal de gorge qui compliquait lui-même une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée.

Ce n'est pas seulement l'ablation des tumeurs qui peut déterminer l'apparition d'un érysipèle de la muqueuse ; leur simple présence, leur influence irritante sur les portions de la muqueuse avoisinante est suffisante pour produire ce résultat.

Il est très-facile d'admettre qu'un cancer de la langue, par exemple, ou de l'amygdale puisse, par irritation de voisinage, provoquer sur la muqueuse une inflammation érysipélateuse, tout comme un cancer du sein ou du scro-

tum se complique facilement d'érysipèle des téguments environnants.

On voit souvent l'érysipèle interne, lorsqu'il débute par les fosses nasales ou leur arrière-cavité, succéder aussi à des lésions de nature diverse, à la simple irritation produite par la présence de polypes fibreux naso-pharyngiens, à l'irritation beaucoup plus intense produite par les manœuvres opératoires qui ont pour but leur extraction ou leur destruction.

D'autres fois l'érysipèle succède à la présence dans les fosses nasales ou sur la muqueuse des sinus d'ulcérations de nature variée et qu'il est inutile d'énumérer ici.

Quelquefois on le voit se déclarer à la suite d'un coryza violent ou de l'irritation produite sur la muqueuse nasale par la présence de croûtes qui lui succèdent.

Les abcès rétro-pharyngiens, les opérations qu'ils provoquent, les manœuvres nécessitées par le cathétérisme du canal lacrymal, des fosses nasales, de la trompe d'Eustache, la présence dans le canal nasal de canules ou d'autres instruments servant au traitement de la tumeur lacrymale; voilà autant de causes d'irritation locale que l'on voit citées dans les observations comme ayant été l'origine d'érysipèles du pharynx ou des cavités environnantes.

On le voit, les causes chirurgicales ne manquent pas; il n'en est cependant pas moins vrai que les cas d'érysipèle débutant spontanément par la muqueuse, et pour lesquels il n'est pas permis d'invoquer une cause matérielle locale évidente, sont encore plus nombreux que ceux d'origine nettement chirurgicale.

Quant à ces causes générales de l'érysipèle dit médical, elles nous sont tout à fait inconnues. Elles restent

pour nous inappréciables ; tout ce que nous en savons, c'est qu'elles ne sont pas les mêmes que celles des inflammations ordinaires et impriment souvent à l'érysipèle un cachet d'épidémicité, de malignité, de virulence spécial. La preuve, comme le dit si bien M. Daudé, qu'il y a autre chose, c'est que, à l'inverse de la facilité qu'on a de produire à volonté un érythème, une phlébite, une angioleucite, un phlegmon, rien ne saurait, par contre, déterminer constamment le développement d'un érysipèle. Et du reste les causes extérieures, les irritations, les traumatismes manquent, non-seulement très-souvent, mais ce qui démontre que ces causes ne sont tout au plus qu'occasionnelles, même pour l'érysipèle chirurgical, et ne servent qu'à décider le siége particulier où l'érysipèle vient à éclater, c'est que ces diverses conditions ont souvent existé chez le même sujet sans provoquer les mêmes résultats, les mêmes effets.

Rappelons encore une fois l'influence si puissante sur le développement de l'érysipèle, aussi bien interne qu'externe, de la constitution médicale et des influences climatériques et locales qui, jointes aux influences encore plus importantes d'une mauvaise hygiène, de l'encombrement et de la contagion, jouent un rôle si dominant dans l'évolution et l'éclosion de l'érysipèle.

Pour ce qui est de l'influence spéciale de l'âge, nous verrons au chapitre suivant que M. le Dr Lasègue, dans son *Traité des angines*, a distingué l'érysipèle pharyngien de l'enfance et de l'adolescence d'avec celui de l'âge adulte. Pour lui, l'érysipèle de la jeunesse aurait toujours une forme subaiguë qu'elle emprunterait à son origine essentiellement scrofuleuse, tandis que l'érysipèle angineux *franc* n'appartiendrait en réalité qu'à l'âge adulte.

Pour lui, c'est surtout de 18 à 25 ans que cette affection se rencontre; mais, à ce sujet, il insiste sur ce fait curieux que, si rare qu'il soit, l'érysipèle guttural serait cependant encore, et de beaucoup, la forme de mal de gorge qui s'observe le moins exceptionnellement dans la vieillesse. Cette loi, dit-il, est assez rigoureuse pour que toute angine sénile doive préoccuper le médecin, et qu'il convienne, dès qu'un malade ayant atteint la soixantaine se plaint d'un mal de gorge aigu non provoqué par des agents toxiques, de croire à l'imminence d'un érysipèle.

M. Lasègue cite, à l'appui de cette thèse, une observation d'angine érysipélateuse recueillie sur une vieille femme de 61 ans. Nous serions assez disposé à adopter à ce sujet les idées de M. Lasègue, eu égard surtout à la si grande fréquence des affections érysipélateuses de la face chez les vieillards.

VARIÉTÉS.

M. le Dr Lasègue, dans le chapitre qu'il a consacré à l'angine érysipélateuse dans son *Traité des angines*, a admis une division de cette affection d'après les âges.

L'érysipèle, dit-il, a, non-seulement des formes et des manifestations diverses, signalées dans leurs moindres détails par tous les auteurs, mais il varie suivant la constitution de l'individu, et encore plus suivant son âge.

N'ayant point été à même de contrôler par nous-même l'exactitude de ces propositions générales en ce qui concerne spécialement l'érysipèle pharyngien, nous nous

contenterons de résumer ici en quelques lignes l'intéressant passage du travail de M. Lasègue.

Cet auteur admet donc, avant tout, un érysipèle angineux franc paraissant principalement chez l'adulte, et qui est en tous points celui que nous avons décrit, et qu'ont décrit avant nous tous ceux qui se sont occupés de cette question. Puis, considérant cette affection dans le jeune âge et dans l'adolescence, il arrive à lui trouver dans ces conditions des caractères assez différents pour en faire deux variétés distinctes, qu'il décrit brièvement sous les noms d'érysipèle infantile et d'érysipèle de l'adolescence. Du reste, ces variétés ne sont autres que celles qu'on retrouve dans l'érysipèle général, qui emprunte toujours un cachet très-particulier aux conditions d'âge ; et, comme l'érysipèle de la gorge a plus que des analogies avec la même maladie occupant l'enveloppe cutanée, que sa marche et ses complications sont identiques, que, quelque siége qu'elle occupe, la lésion obéit aux mêmes lois, il en ressort évidemment que les différences d'âge leur imprimeront à tous deux une seule et même marque particulière.

Ceci dit, voici les caractères que M. Lasègue assigne à l'érysipèle du pharynx dans la seconde enfance; car jusqu'à la deuxième année, l'érysipèle de l'arrière-gorge est presque une anomalie. En général, l'enfant, âgé de 3 à 5 ans, est pris de malaise vingt-quatre heures au moins avant de se plaindre de mal à la gorge. Souvent il tousse dès les premiers moments, et l'on est conduit à supposer l'imminence d'un simple rhume. Le lendemain la fièvre est vive; il existe de la douleur dans la gorge, surtout au moment de l'ingurgitation de liquides; les ganglions sont douloureux. La gorge est colorée d'une

rougeur diffuse. On s'aperçoit que la toux est exclusivement laryngée, provoquée par la sécheresse croissante du pharynx et la chute des mucosités des fosses nasales. Il ne faut pas se laisser détourner par cette toux de l'examen de l'arrière-bouche. Les choses durent ainsi, sans amélioration, pendant plusieurs jours; bien rarement les accidents se terminent ainsi, et il est bien difficile, dans ce premier cas, d'affirmer que l'inflammation était de nature érysipélateuse. Le plus ordinairement elle s'étend soit vers le larynx, soit surtout vers les fosses nasales, où elle signale sa présence par de la douleur et des épistaxis quelquefois très-abondantes et difficilement arrêtées, à cause de la vive douleur qu'occasionnent les injections ou le tamponnement même partiel. La fièvre et les symptômes généraux persistent, mais la gorge a cessé d'être rouge et malade.

Voici maintenant les dangers particuliers à cet érysipèle angineux de l'enfance. D'un côté, comme dans la rougeole par exemple, la propagation de l'inflammation aux fosses nasales peut avoir trop souvent pour conséquence une inflammation aiguë de la trompe et une surdité plus ou moins durable, quelquefois incurable; d'un autre côté, les ganglions affectés dans l'enfance ne le sont pas toujours impunément, et leur tuméfaction peut devenir la source future de bien des maux.

M. Lasègue donne, à la suite de ce paragraphe, une observation d'érysipèle infantile chez un enfant de 6 ans.

Quant à l'érysipèle chez les adolescents, il lui assigne principalement une forme scrofuleuse et insiste sur la persistance avec laquelle, chez les jeunes gens, les éruptions affectent les points où les membranes muqueuses

confinent à la peau. On pourrait presque dire que c'est là leur siége d'élection. Les éruptions nasales, si habituelles et si tenaces, donnent surtout naissance à un érysipèle assez spécial pour qu'on ait pu lui attribuer la dénomination de scrofuleux. Les jeunes malades provoquent des irritations en cherchant à arracher les croûtes qui les gênent, et l'aile du nez, ainsi que la lèvre supérieure, deviennent chaudes, rouges et tuméfiées. Après une dizaine de jours, cette poussée érysipélateuse disparaît; mais la région reste longtemps gonflée, œdémateuse, et de nouvelles poussées se reproduisent avec une extraordinaire facilité, tant que persiste l'éruption qui lui a donné naissance. On peut dire que tout individu chez lequel les érysipèles limités du nez reparaissent à des intervalles rapprochés, est à la fois sous le coup d'une prédisposition scrofuleuse et d'une ulcération nasale.

L'érysipèle se développe sur la muqueuse nasale en vertu d'une aptitude spéciale qui ne se retrouve nulle part au même degré.

L'érysipèle, débutant ainsi au pourtour d'une ulcération nasale, peut remonter dans les fosses nasales, y accomplir toutes ses phases en dehors de l'examen direct, ou s'étendre au pharynx et à l'arrière-bouche.

Cet érysipèle scrofuleux du pharynx, descendant des fosses nasales, a un caractère de demi-acuité particulier; il épuise souvent toute son action sur la membrane muqueuse, sans s'étendre jusqu'à la peau, et reste ainsi conséquent au caractère que lui assigne M. Lasègue, d'avoir peu de dispositions à envahir les grandes surfaces et de se maintenir dans une demi-acuité.

On ne saurait croire, dit encore M. Lasègue, combien ces sortes d'érysipèles subaigus, limités à la gorge,

sont fréquents chez les jeunes sujets à constitution lymphatique ou scrofuleuse. Il insiste sur les inconvénients possibles qu'ils entraînent, bien qu'ils passent presque inaperçus, relativement à la forme du nez, à la respiration nasale, qui joue un certain rôle dans l'aspect de la physionomie, au timbre de la voix et surtout à l'intégrité de l'ouïe.

De même que tout érysipèle de la face qui se reproduit à des périodes rapprochées est de nature lymphatique, de même toute inflammation de la gorge qui, chez un adolescent, se répète à de courts intervalles, est érysipélateuse dans des conditions analogues, et le médecin ne doit pas être pris au dépourvu par une seconde attaque. Aussi M. Lasègue insiste-t-il, en terminant, sur l'importance du traitement général préventif dans cette variété de l'érysipèle du pharynx.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires n'offre rien d'assez spécial pour que nous lui consacrions un chapitre particulier. En effet, tous les moyens, bien imparfaits encore, que la médecine possède pour combattre cette série d'affections rentrent soi dans la thérapeutique spéciale si étendue de l'érysipèle, soit dans celle des diverses maladies inflammatoires de la gorge et des voies respiratoires.

Quant au traitement des diverses complications que peut entraîner l'érysipèle pharyngien, et en particulier celui de l'œdème de la glotte et de la gangrène, il ne rentre pas non plus dans notre sujet, et nous renvoyons pour ce point particulier à l'étude des traités spéciaux.

OBSERVATIONS.

Observation I.

Erysipèle du pharynx, sorti par les fosses nasales, les canaux auditif et l'ouverture buccale, Guérison.
Observation recueillie par M. Samuel Pozzi, interne des hôpitaux, à l'hôpital de la Pitié.

X..., âgé de 17 ans, d'une constitution vigoureuse, entre le 24 mars 1868, salle St-Michel, service de M. le Dr Gallard, pour une hémiplégie incomplète du côté droit de cause indéterminée (tubercules cérébraux ?)

Le 15 avril, au matin, le malade se plaint de souffrir de la gorge depuis hier : abattement, fièvre, constipation.

Le 15 avril, au soir, pouls à 116 ; les piliers et le voile du palais sont recouverts d'un enduit blanchâtre.

Le 16. Même état. On songe à une fièvre éruptive.

Le 17. La fièvre est toujours très-forte. Depuis la veille au soir, le nez s'est tuméfié, il offre au niveau des narines une teinte érysipélateuse. Le voile du palais est d'un rouge vif intense, et présente déjà quelques phlyctènes sur la voûte et les piliers.—Traitement : sinapismes ; potion de Todd.

Le 17 au soir. L'érysipèle qui a débuté par les narines forme à l'extérieur, sur les deux joues, une plaque qui ne dépasse pas encore la racine du nez ; la lèvre supérieure est très-gonflée ; pouls, 108 ; la teinte de la muqueuse pharyngienne prend un aspect luisant et comme vernissé. Les pavillons des deux oreilles sont rouges, très-sensibles à la pression, et la chaleur s'étend un peu au devant du pavillon. Ecoulement jaunâtre par l'oreille gauche.

Le 18. Pouls à 108 ; peau froide aux extrémités, brûlante dans les aisselles. Les plaques érysipélateuses venues par les oreilles se sont avancées vers la plaque centrale, et des deux côtés lui sont tangentes par leur contour courbe.

De nombreuses phlyctènes à aspect perlé couvrent la voûte palatine et le voile du palais. On en aperçoit jusque sur la paroi pos-

térieure du pharynx ; du reste, la muqueuse malade est sensiblement tuméfiée.

Le 19 au matin. Les trois plaques de la face se sont rejointes, et l'érysipèle couvre maintenant toute la face, sauf le menton. Tout le pavillon de l'oreille et l'apophyse mastoïde sont pris. Le cuir chevelu est douloureux seulement dans la région temporale, au-dessus de l'oreille. Engorgement des ganglions sous-maxillaires, produisant un gonflement considérable à l'angle de la mâchoire.

Les phlyctènes se sont affaissées sur le voile du palais et la muqueuse du pharynx, et ont été remplacées par l'apparition de plaques d'épiderme blanchâtre qu'on enlève facilement. Pouls à 108.

Le 20. L'érysipèle a envahi le cou jusqu'aux clavicules ; il l'entoure d'une large cravate, mais le menton est toujours respecté. Plus d'otorrhée. Le malade fait sous lui.

Le 21. L'érysipèle a abandonné la face.

Le nez et les lèvres sont dégonflés ; mais l'exanthème s'est étendu en bas et à gauche, il dépasse la clavicule et on distingue un rebord saillant. Il forme dans le dos, jusqu'à l'épine de l'omoplate, une sorte de pèlerine. L'engorgement ganglionnaire a diminué ; les plaques épidermiques de la muqueuse du pharynx ont disparu. Pouls à 96.

Le 21 au soir. L'éruption a progressé à gauche jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire ; elle dépasse en bas la clavicule. Peau sudorale. Pouls à 108, grande somnolence ; il faut réveiller le malade pour le faire boire.

Le 22. Moins de somnolence. Pouls à 84, langue sèche. L'éruption s'est étendue jusqu'au-dessous des clavicules et sur le deltoïde. En arrière, elle descend très-bas, jusqu'au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Le 22 au soir. L'érysipèle est descendu en arrière jusqu'à la région lombaire. En avant, il dépasse de trois travers de doigt les clavicules, et empiète sur la région deltoïdienne. Il a ainsi l'aspect d'une sorte de manteau.

Le 23. Peau moins chaude. Pouls à 92. La langue est encore èche. L'érysipèle est descendu sur la poitrine jusqu'à un travers de doigt des mamelons. Les deux épaules sont prises, surtout la gauche. En arrière, la rougeur pâlit et s'efface. La douleur, à la pression, ne persiste plus qu'en avant et sur ses limites toujours très-nettes et à contour saillant. Le desquamation de la face com-

mence. L'engorgement ganglionnaire a presque entièrement disparu ainsi que la teinte rouge de la muqueuse pharyngienne.

Le 24 au soir. L'exanthème s'est étendu jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des mamelons. Il est maintenant parfaitement symétrique des deux côtés, sauf sur le bras gauche qu'il a presque entièrement envahi. A droite, il occupe seulement la région deltoïdienne. La pression n'est douloureuse que jusqu'à quatre travers de doigt de distance du contour. La face est en pleine desquamation, sauf sur le menton qui n'a pas été atteint. Pouls à 98, facies meilleur.

Le 25. L'érysipèle est descendu jusqu'au creux épigastrique. Eruption de *sudamina* à la face antérieure des deux bras. Peau fraîche ; langue humide ; pouls à 84.

Le 26. La rougeur érysipélateuse ne persiste plus qu'aux deux bras. Pouls à 84.

Le 30. L'érysipèle était complétement terminé, le malade est sorti quelques jours plus tard.

Remarques. — Bien qu'une partie de cette observation ne se rapporte pas au sujet spécial que nous traitons, nous l'avons cependant rapportée en entier, parce qu'elle est un exemple très-net d'érysipèle du pharynx, et que, dans ce cas, la maladie a eu, dès le début, un mode de propagation des plus caractéristiques et des plus intéressants. Une première plaque, sortie du pharynx par les fosses nasales et les narines, marche à la rencontre des deux plaques latérales, apparues aux pavillons des oreilles, après avoir traversé la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et le conduit auditif ; bientôt la réunion de ces trois plaques couvre toute la face à l'exception du menton. Il est utile d'insister sur cette disposition de l'éruption, qui pourrait au besoin dans des cas semblables permettre un diagnostic rétrospectif.

Remarquons en terminant l'étendue exceptionnelle de l'exanthème qui s'est développé graduellement sur le cou et sur toute la moitié supérieure du corps.

Observation II.

Erysipèle du pharynx propagé à la face par la commissure labiale, et à la muqueuse des voies aériennes. Mort.
Observation recueillie par M. Samuel Pozzi, interne des hôpitaux à l'hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Richet.

Le nommé Gauthier, âgé de 53 ans, exerçant la profession de limonadier, est entré dans le service le 2 novembre 1871.

Il est atteint d'un cancroïde ulcéré de la lèvre inférieure; les ganglions sous-maxillaires sont énormes.

Sa constitution est d'ailleurs vigoureuse et l'état général excellent.

Le 12 au matin. Le malade est pris d'un violent frisson. Il a la fièvre pendant toute la journée, et elle ne le quitte pas la nuit suivante.

Le 13. Le malade se plaint de nausées et d'un violent mal de gorge qui l'empêche d'avaler.

A l'examen, on trouve l'amygdale droite tuméfiée et d'un rouge vif.

Le côté gauche de l'isthme du gosier est dans son état normal. (Traitement : gargarisme émollient).

Le 14. Même état général ; fièvre légère.

La partie supérieure de l'amygdale droite présente trois vésicules. En outre, on remarque à la joue droite, au niveau de la commissure des lèvres, une tache rouge à bords limités, non saillants. On diagnostique un érysipèle. — Traitement : vomitif.

Le 15. Le malade se plaint moins vivement de la gorge, qui est toujours d'un rouge intense, mais l'érysipèle a progressé, il s'étend sur la région génienne qu'il occupe en entier jusqu'à l'arcade zygomatique. Il existe un léger enrouement.

Le 16. L'érysipèle continue à envahir la face. Le malade a de la toux depuis quarante-huit heures ; à l'auscultation, on entend des râles sibilants au sommet des deux poumons. Crachats visqueux, sans mélange de muco-pus; la percussion ne fait remarquer aucun changement dans la sonorité.

Le 17. Délire toute la nuit. Le matin, fièvre intense ; l'érysipèle occupe maintenant tout le front et les paupières. Mêmes symptômes du côté de la gorge. — Traitement : saignée de 250 grammes;

potion avec 1 gr. d'oxyde blanc d'antimoine ; gargarisme émollient.

Le 18. Le délire a persisté toute la nuit ; l'érysipèle a envahi une partie du cuir chevelu. Potion avec 2 gr. d'oxyde blanc d'antimoine.

Râles sibilants dans toute l'étendue des deux poumons, particulièrement nombreux aux sommets. Crachats visqueux, aérés de petites bulles, parsemés de traînées de mucus.

Le 19. Les râles sibilants, mais mélangés de grosses bulles muqueuses, persistent à la partie supérieure du poumon droit. Crachats opaques. Le délire continue. L'érysipèle a envahi tout le cuir chevelu et la partie postérieure des oreilles.

Le 20. La nuit a été très-agitée. Menaces constantes d'asphyxie. Délire. Au matin, le malade est à l'agonie et meurt asphyxié.

L'autopsie n'a pu être faite.

Remarques. -- Il est nécessaire de noter avant tout qu'il existait, dans le service et dans les autres salles de l'hôpital, de nombreux cas d'érysipèle, ce qui serait une forte présomption pour admettre en ce cas la contagion.

Le début de l'érysipèle a été fort remarquable : il n'a point débuté sur la lèvre où existait une ulcération qui n'a été envahie que secondairement par l'exanthème, mais bien par l'amygdale jusqu'alors parfaitement saine. La marche de l'affection n'est pas moins curieuse à étudier que le début. Dans ce cas, en effet, l'érysipèle paraît s'être étendu simultanément, d'arrière en avant vers la face, et de haut en bas vers la muqueuse pharyngienne, ainsi qu'en fait foi la dysphagie des premiers jours ; puis successivement vers le larynx, où il s'est révélé par l'enrouement et la toux vers le troisième jour, et enfin vers la trachée, les bronches et leurs ramifications ultimes, comme le prouve l'existence des crachats, de la toux, des râles sibilants à partir du quatrième jour.

L'énanthème poursuit sa marche graduellement enva-

hissante parallèlement à celle de l'exanthème, et commence par les sommets des poumons (râles sibilants); celui de droite, qui paraît avoir été pris le premier, est aussi le premier à présenter une modification du râle qui de sibilant devient rapidement muqueux, en même temps que les crachats prennent la forme purulente. La mort, survenue le huitième jour après le début des accidents, est manifestement due, non à un œdème de la glotte, mais à la diminution progressive du champ de l'hématose, à l'extension de l'énanthème pulmonaire.

Observations III et IV.

Erysipèles du pharynx succédant à l'irritation produite par la présence de plaques muqueuses.
Observations communiquées par M. Berger, interne des hôpitaux.

a. Le 13 décembre 1867, pendant qu'une épidémie d'érysipèle régnait à l'hôpital de Lariboisière, la malade couchée au n° 30 de la salle Sainte-Marthe (service de M. le Dr Cusco), en traitement pour des plaques muqueuses situées au voile du palais, commence à se plaindre d'une angine qui prend rapidement en deux jours une intensité extrême; puis subitement éclate un érysipèle de la face qui débute par la narine gauche et s'étend à la région génienne et sus-orbitaire. La malade, outre les symptômes de l'angine, se plaint de douleurs, de sécheresse dans le nez et les fosses nasales, compliquées d'une gêne extrême de la respiration; elle est forcée de respirer bruyamment en tenant la bouche constamment ouverte. La peau du nez, comme celle du reste de la face, est chaude, tendue, douloureuse à la pression. Tous ces symptômes disparaissent assez brusquement cinq jours après, ainsi que l'érysipèle de la face, qui, au bout de deux jours, est remplacé par une plaque exanthémateuse dans le dos. La malade est complétement remise le 26 du même mois.

b. Le 31 décembre, la malade couchée au n° 17 de la même salle, qui était aussi en traitement pour des plaques muqueuses siégeant sur la paroi postérieure du pharynx et sur les piliers de la voûte, est prise à son tour d'érysipèle de la face.

Depuis quatre jours, elle avait une angine érysipélateuse de plus graves, nettement caractérisée par la coloration rouge cuivrée de toute la muqueuse, avec œdème du tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx et du voile du palais. L'engorgement ganglionnaire cervical et sous-maxillaire était énorme et des plus douloureux ; il n'existait du reste sur la muqueuse de l'isthme du gosier aucune trace de phlyctènes. A ces symptômes locaux vinrent se joindre des symptômes nouveaux : céphalalgie, fièvre, délire, vomissements et nausées continuelles, frissons violents et répétés, épistaxis. Depuis deux jours la malade se plaint d'être sourde de l'oreille droite et accuse dans cette région une vive douleur, surtout à la pression. Le 30 décembre, on note l'inflammation de l'oreille externe, avec rougeur, tuméfaction considérable du conduit et douleur lancinante d'une violence extrême. Le soir du même jour on reconnaît aisément sur la conque de l'oreille la présence d'un érysipèle phycténoïde, qui s'étend rapidement à la joue, au cuir chevelu, à la paroi latérale du cou. Le 31 au matin, l'exanthème était dans toute sa violence et occupait toute la face et le cuir chevelu.

Les jours suivants, l'érysipèle devint phlegmoneux par places ; il récidiva trois fois, toujours au même point, avec les mêmes phénomènes, et faillit amener la mort de la malade par des complications inflammatoires du côté des méninges. Elle guérit néanmoins, mais au bout d'un mois seulement.

Remarques. — Bien que ces deux observations ne donnent que des détails trop brefs sur l'angine érysipélateuse, ce sont cependant là deux exemples bien nets de cette affection. Il est impossible de nier que l'érysipèle n'ait pris d'abord naissance aux environs des tissus atteints et irrités par la présence des plaques muqueuses pour se propager de là à la face par une marche graduellement envahissante, suivant pour y arriver, dans le premier cas, la voie des fosses nasales, et, dans le second, le chemin plus compliqué qui traverse la trompe d'Eustache et les diverses parties de l'organe auditif.

L'influence épidémique a manifestement présidé au

développement de l'érysipèle dans les deux cas; dans le courant de ce seul mois de décembre et dans cette seule salle, cinq autres malades furent successivement prises d'érysipèles ambulants et récidivants autour de plaies accidentelles ou chirurgicales.

Ce ne furent même pas les deux seuls exemples d'érysipèle des muqueuses; car M. Berger, auquel nous sommes redevables de ces deux observations, nous en a communiqué également une troisième, provenant d'une malade du même service atteinte d'un rétrécissement inflammatoire du rectum, et offrant un curieux exemple d'érysipèle débutant manifestement par cette muqueuse rectale pour se propager de là au pourtour de l'anus, de la vulve, et à la partie interne des cuisses. Mais, comme ce cas ne rentrait pas directement dans notre sujet, et intéressait plus spécialement l'histoire générale de l'érysipèle des muqueuses, nous nous sommes abstenu de reproduire l'observation.

Au chapitre de l'étiologie, nous avons insisté sur cette tendance assez fréquente des manifestations pharyngiennes syphilitiques à produire par irritation une phlogose-érysipélateuse du pharynx. Il en est surtout ainsi de l'angine ulcéreuse spécifique. A la peau, ces mêmes ulcérations syphilitiques s'accompagnent, on le sait, rarement d'érysipèle; mais à la gorge, la syphilis se présente avec certains caractères particuliers; nous rappellerons simplement ici l'acuité plus vive, plus douloureuse, plus inflammatoire des syphilides de l'arrière-gorge. Les exemples d'érysipèle grave du pharynx succédant à des ulcérations de nature spécifique sur des sujets déjà affaiblis et prédisposés par la cachexie syphilitique sont assez fréquents.

M. Lasègue en cite un exemple dans son article sur l'angine érysipélateuse.

Dans le « Medical Times » de 1867, no du 4 mai, nous trouvons une observation du Dr Atkinson, de Rochester, concernant une femme de 35 ans qui se présenta à sa clinique le 22 février, atteinte d'une ulcération livide et assez étendue, située à la partie postérieure du pharynx, très-probablement de nature syphilitique, d'après les antécédents. Cette ulcération, grâce au traitement par le chlorate de potasse et l'acide hydrochlorique, allait beaucoup mieux lorsque, le 9 mars, se déclara un violent mal de gorge érysipélateux. Tout le pharynx était pourpre, douloureux, luisant. Le 10, l'érysipèle atteignit la face par la bouche et les fosses nasales. Le 14, toute la face était prise, et la malade faillit mourir. Cependant elle parvint à s'en tirer, mais sa convalescence fut des plus longues et des plus pénibles.

Observation V.

Erysipèle du pharynx et de la face. Guérison.
Observation recueillie par M. Langlet interne des hôpitaux, ainsi que les observations nos 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12.

Le nommé G... (Charles), 20 ans, entre, le 31 octobre 1869, au n° 20, salle Saint-François (service de M. Moutard-Martin, hôpital Beaujon).

Ce malade avait mal à la gorge depuis trois à quatre jours. Douleurs de tête; diarrhée et coliques. Cette nuit, dans l'angle de l'œil, chaleur, cuisson. En ce moment, il existe tout autour du point lacrymal droit une rougeur érysipélateuse. La conjonctive est un peu rouge. Le voile du palais et les piliers sont rouges et lisses.

31 octobre. P. 100, R. 24, T. 39,2.

1er novembre. P. 124, R. 28, T. 40,7. (Une bouteille eau de Sedlitz, Sinapismes aux jambes.) — Soir, P. 112, R. 24, T. 41°.

Le 2. P. 112, R. 24, T. 40,7. (Huile de ricin, 15 gr.) — Soir,

P. 120, R. 24, T. 41,2. Le cuir chevelu n'est pas pris. Un peu de délire.

Le 3. P. 104, R. 32, T. 39,8. — Soir, P. 96, R. 32, T. 40,4.

Le 4. P. 100, R. 32, T. 40,6. A encore un peu de délire.

Le 5. P. 84, R. 28, T. 38,6. — Soir, P. 84, R. 32, T. 39,5.

Le 6. P. 84, R. 28, T. 37,7. — Soir, P. 72, R. 28, T. 37,6. Va mieux; n'a plus de délire.

Le 7. P. 64, R. 36, T. 37,7. — Soir, P. 60, R. 28, T. 37,7.

Le 8. P. 48, R. 24, T. 36,4. — Soir, P. 56, R. 24, T. 36,4.

Le 9. P. 44, R. 28, T. 36,5. — Soir, P. 56, R. 24, T. 36,4.

Puis le pouls remonte à 68, la température à 37°,2, et le malade part guéri le 18 novembre 1869.

Observation VI.

Erysipèle du pharynx. Erysipèle de la face débutant par le nez. Herpès guttural.

Le nommé G... (Pierre), âgé de 63 ans, tapissier, entre, le 15 septembre 1869, au n° 2 de la salle Saint-François (service de M. Moutard-Martin, hôpital Beaujon).

Il n'a jamais fait de maladies sérieuses. Pas d'excès. Malade depuis trois jours. Frisson, douleurs à l'épigastre, dans le ventre, dans les jointures; n'a eu ni diarrhée, ni vomissements.

L'appétit, ordinairement bon, est nul depuis trois jours. N'est pas allé à la selle depuis avant-hier. En ce moment, douleur dans la fosse iliaque droite; pas de gargouillement, pas d'épistaxis, pas de maux de tête; n'a pas eu de fièvre aujourd'hui. Il ne tousse pas; il n'a jamais eu de palpitations, ni d'enflure des jambes. A en ce moment au cœur un bruit de souffle surtout prononcé à la base et au deuxième temps.

Le 16, il se plaint de douleur à la gorge : on lui donne un gargarisme au chlorate de potasse et un purgatif. Le soir, il se trouve un peu mieux.

Le 17. Douleurs de gorge; difficulté à avaler. Rougeur vive du pharynx. — Continuer le gargarisme.

Le 18. Même état.

Le 22. En même temps que la rougeur pharyngée, qui persiste, il existe une douleur dans le nez. La rougeur pharyngée est lisse, brillante, érysipélateuse; gonflement des amygdales.

Traitement : ipéca, 1 gr. 50; tartre stibié, 0 gr. 05.

Le 23. Le nez est rouge, un peu distendu, douloureux. La déglutition est un peu moins difficile. Il n'y a rien au niveau des points lacrymaux. Pas de douleur dans les oreilles.

Le 23 au soir. Langue un peu sèche. Pouls à 100.

Le 25. Pouls à 92. Toute la figure est prise par l'érysipèle. Le malade souffre beaucoup, avale moins difficilement.

Le 26. 100 pulsations.

Le 28. 80 pulsations.

4 octobre. Le malade présente au fond de la gorge une éruption d'herpès, étendue au voile du palais et aux piliers. Plusieurs vésicules devenues blanchâtres. Gargarisme au chlorate de potasse.

Le 6. Le malade est très-faible; il peut à peine s'asseoir dans son lit; il a eu dans la journée une lipothymie.

Le 7. Même état; il a toujours de l'herpès et est encore faible.

Le 29. Il part guéri pour Vincennes.

Observation VII.

Variole. Erysipèle de la langue. Erysipèle de la tête. Guérison.

Le nommé G... (Pierre), 38 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 29 avril 1870, service de M. Gubler.

Ce malade a été vacciné une seule fois et n'a pas encore eu la variole.

Il est malade depuis trois jours, et depuis hier quelques boutons ont commencé à paraître sur le corps.

Il s'agit d'une variole discrète.

4 mai. Le malade se plaint de ne pouvoir avaler. La langue est très-volumineuse et rouge, lisse; elle fait saillie hors de la bouche. Son gonflement est uniforme; elle n'est pas déviée. On pense à une glossite.

Le 5. L'état est le même, sinon plus avancé. La respiration se fait exclusivement par le nez. Impossible de faire pénétrer des aliments dans la bouche. On fait quelques scarifications à la face supérieure de la langue. Le soir, la malade se trouve un peu mieux. L'éruption variolique est restée très-discrète.

Le 8. A l'angle interne de l'œil droit commence à paraître une rougeur érysipélateuse. Cette rougeur s'étend bientôt à tout ce côté de la face, puis à l'autre côté, et enfin à toute la tête et au cuir chevelu.

Le 13. L'érysipèle a presque disparu.

Le 15. Nouvelle poussée érysipélateuse.

Le 20. Il ne reste qu'un peu de gonflement de l'oreille et de la fosse temporale droite.

Le 23. L'appétit reparaît.

Le 25. Le malade sort guéri.

Observation VIII.

Erysipèle du pharynx et de la face.

Le nommé X*** entre le 27 février 1870 au n° 24, salle Saint-Louis (service de M. Gubler, hôpital Beaujon.)

Il est malade depuis trois jours et éprouve des douleurs de tête et du mal de gorge.

La langue est chargée, il existe de la constipation. *Le voile du palais est rouge et tuméfié.* Le lendemain se déclare une rougeur érysipélateuse, qui débute par le grand angle de l'œil droit, et s'étend rapidement sur toute la joue droite, et de là à la face.

P. 92 R. 36. T. 40,8.

Le 28. P. 80. R. 32. T. 39. — Soir. P. 80. R. 32. T. 39,4.

1er mars. P. 72. R. 28. T. 38,8. — Soir. P. 80. R. 28. T. 38.

Le 3. P. 60. R. 28. T. 38,4. — Soir. P. 56. R. 24. T. 38,8.

Le 4. P. 56. R. 24, T. 38.

Le 5. P. 44. R. 24. T. 37,6. — Soir. P. 48. R. 24. T. 37,2.

Le 6. P. 48. R. 28. T. 37,2. — Soir. P. 42. R. 24. T. 37,4.

Enfin, sans aucune complication, et la marche ayant toujours été décroissante, le malade sort guéri le 9 mars.

Observation IX.

Mal à la gorge. Erysipèle de la face.

Le nommé B... (Claude), 19 ans, charron. Entre le 24 septembre 1869, au n° 30, salle Saint-François (service de M. Moutard-Martin, hôpital Beaujon).

N'a jamais eu d'érysipèle; n'a pas fait de maladies sérieuses. Depuis huit jours, il est pris de douleurs de tête et de mal à la gorge ; il avalait difficilement. Fièvre ; pas de toux ; pas d'appétit ; il ne prenait que du bouillon. Pas d'envies de vomir. Il y a six jours, il eut une faiblesse, et commença ce jour-là à s'apercevoir d'une rougeur autour des yeux débutant par leur angle interne et

s'étendant un peu sur la joue droite, rougeur accompagnée d'un léger gonflement.

Au moment de son entrée, il n'a plus mal à la gorge. Rougeur de la joue droite. Œdème et rougeur de la paupière supérieure. Rien au globe oculaire. Pas de vomissements. Selles rares. Pas de douleurs abdominales; les douleurs de tête ont diminué. La langue humide n'est pas chargée.

P. 64. R. 24. T. 38.

Le 25. P. 60. R. 24. T. 37,7. — Soir. P. 44. R. 24. T. 37,7.

Le 26. P. 48. R. 24. T. 37,2. — Soir. P. 48. R. 26. T. 37,3.

La rougeur est la même, mais le gonflement des paupières a disparu.

Le 27 (soir). P. 44. R. 24. T. 37.

Le 28. P. 52. R. 24. T. 38. — Soir. P. 64. R. 24. T. 38,4. A de l'appétit.

Le 29. P. 44. R. 25. T. 37,2. — Soir. P. 52. R. 24. T. 37,4.

Le malade va très-bien et sort guéri le 4 octobre 1869.

Observation X.

Mal de gorge. Erysipèle de la face.

La nommée X*** entre au n° 11, salle Sainte-Marthe (service de M. Gubler, hôpital Beaujon), avec un érysipèle de la face.

Elle est malade depuis trois jours : elle a vu ses règles s'arrêter, et a été prise d'un mal de gorge assez intense, avec saignements de nez ; puis il survint une rougeur érysipélateuse du pharynx; le nez devint chaud, tuméfié, douloureux; des plaques rouges se dessinèrent autour des narines et s'étendirent sur les joues en constituant un véritable érysipèle de la face.

Le 21 mars, jour de son entrée, un verre de limonade purgative, le mal de gorge et la rougeur du pharynx diminuent rapidement.

Le 23. Hémorrhagie nasale nouvelle. Après plusieurs variations dans son état, l'érysipèle de la face disparaît enfin; un abcès ganglionnaire, qui s'est développé au cou, est ponctionné le 15 avril.

La malade sort guérie le 7 mai.

Observation XI.

Mal à la gorge. Erysipèle de la face.

La nommée L. (Pauline), 21 ans, blanchisseuse, entre au n° 10, salle Sainte-Marthe (service de M. Gubler, hôpital Beaujon).

Elle avait mal à la gorge depuis quinze jours, mais, depuis quelques jours surtout, elle avalait difficilement. Elle avait de la fièvre.

Le vendredi 8 mars, elle allait assez bien.

Le samedi 9, au soir, malaise. Elle s'aperçoit qu'elle a dès rougeurs à la figure; rougeur érysipélateuse marquée vers l'aile du nez, à gauche, ainsi qu'au grand angle de l'œil du même côté.

Le 11. L'érysipèle est étendu à toute la partie supérieure de la face.

Le 13 avril, la malade sort guérie.

Observation XII.

Mal de gorge. Erysipèle de la face débutant par l'oreille.

La nommée G. (Catherine), 33 ans, entre le 11 octobre 1869, au n° 17, salle Sainte-Claire (service de M. Moutard-Martin, hôpital Beaujon). Elle a été vaccinée. Elle a eu, il y a deux ans, la variole, et, il y a six mois, un érysipèle qui dura vingt jours.

Il y a six jours qu'elle est malade, elle a d'abord eu mal à la gorge pendant trois ou quatre jours, la gorge était rouge, luisante, enflée, douloureuse; puis, après deux jours de fièvre, elle vit paraître, samedi dernier (il y a deux jours), des rougeurs à la figure, rougeurs qui débutèrent manifestement par l'oreille droite. Le nez est pris depuis hier, les yeux aussi. Les douleurs de tête sont moins fortes qu'elles ne l'ont été. Langue blanche, peu épaisse.

P. 80. R. 20. T. 37,8.

Le 12 octobre. P. 64. R. 28. T. 37,4. Un verre d'eau de Sedlitz. — Soir. P. 72. R. 24. T. 37,6.

Le 13. P. 60. R. 32. T. 37,6. — Soir. P. 60. R. 32. T. 37,8.

Le 14. P. 56. R. 24. T. 37,6. — Soir. P. 64. R. 24. T. 37,7.

Le 15. P. 56. R. 28. T. 37,6. — Soir. P. 64. R. 28. T. 37,4.

Le 16. P. 52. R. 28. T. 37. — Soir. P. 56. R. 28. T. 37,3.

Le 23. La malade sort guérie.

Observation XIII.

Hôtel-Dieu, M. Dujardin-Beaumetz, suppléant de M. Vigla.
Erysipèle traumatique de la face. Œdème de la glotte consécutif. Mort. Autopsie.
Observation recueillie par M. Campenon, interne du service.

Le dimanche 25 février, le nommé V... (Jean-François), âgé de 45 ans, faisait une chute en descendant un escalier ; il en résultait une plaie contuse à la région occipitale; et, sans s'occuper davantage de cet accident, il retournait le lundi à son travail.

Le mardi, il eut du frisson, quelques nausées, et s'aperçut que tout le cuir chevelu lui faisait mal.

Le mercredi, les ganglions sous-maxillaires devenaient douloureux; il y avait de la difficulté à écarter les mâchoires, en même temps que la face devenait douloureuse à la pression et présentait une enflure généralisée avec rougeur légère.

Le jeudi, troisième jour après l'apparition du frisson initial, V... s'aperçut qu'il avalait avec peine; la déglutition était douloureuse; en même temps la respiration se faisait difficilement par les fosses nasales.

Le vendredi 1er mars, aux troubles préexistants vient s'ajouter une difficulté très-grande à respirer, ce qui décide V... à quitter son logement et à se faire porter à l'hôpital.

Il entrait au n° 21 de la salle Saint-Julien. A ce moment, trois heures de l'après-midi, la dyspnée était extrême, la respiration très-laborieuse; à peine percevait-on le murmure respiratoire dans la poitrine.

Un vomitif prescrit par l'interne de garde, amenait un soulagement marqué; aussi son état, quand nous le vîmes à cinq heures, était-il beaucoup moins menaçant.

Voici les symptômes qu'alors nous pûmes constater : tuméfaction considérable de la peau, du cuir chevelu et de la face, s'étendant jusqu'à la partie supérieure du cou où elle se termine à peu près brusquement, mais sans présenter cependant un liséré net.

Cet œdème est dur, douloureux à la pression, de couleur pâle.

Au niveau de la région occipitale, existe une plaie difficile à voir au milieu des cheveux, collés par du sang et un peu de pus.

Dyspnée intense; le malade est assis dans son lit, cherchant à prendre avec ses bras un point d'appui.

A la percussion, la poitrine est sonore.

A l'auscultation, inspiration longue, sifflante; expiration facile,

mais s'accompagnant au début d'un bruit de drapeau. On perçoit les mêmes signes stéthoscopiques, mais peu prononcés encore, par l'auscultation directe du larynx.

Le doigt, introduit dans la cavité buccale, permet de sentir sur les côtés de l'épiglotte, qui parait saine, deux masses molles, de consistance gélatineuse, qui sont évidemment les replis aryténo-épiglottiques œdématiés.

La voix est faible, mais non éteinte; entrecoupée, mais bien nette : le malade nous fournit, en effet, tous les renseignements que nous avons rapportés plus haut.

Le pouls est petit, misérable, fréquent, du reste irrégulier, variant en fréquence d'un moment à l'autre, 95 : 100. Les extrémités sont froides, mais non cyanosées. Les urines sont peu abondantes; pas de trace d'albumine.

L'état resta le même jusque vers trois heures du matin, heure à laquelle survint un accès de suffocation, auquel le malade succombait au bout d'une demi-heure, malgré la trachéotomie qui avait été pratiquée au plus fort des phénomènes asphyxiques.

A l'autopsie, faite vingt-huit heures après la mort, nous constations les lésions suivantes :

1° Au niveau de la bosse occipale externe droite, plaie longue de 4 centimètres, à bords contus ; cette plaie ne va pas jusqu'aux os, qui sont parfaitement intacts ;

2° Le cuir chevelu est infiltré d'un liquide séreux, louche, qui ne s'écoule pas par la coupe des tissus, comme le fait l'œdème simple;

3° Infiltration de même nature sur la face, le cou, mais s'arrêtant, en arrière, au-dessous de l'occipital, et en avant à la ligne des clavicules ; l'épiderme des parties œdématiées se détache assez facilement par places ;

4° Le cerveau présente une très-légère congestion ; les méninges sont gorgées de sang mais il n'y a ni méningite, ni méningo-encéphalite ;

5° Le foie, les reins, la rate sont sains ; légère congestion;

6° La cavité buccale est saine ;

7° Œdème considérable des replis aryténo-épiglottiques, œdème qui s'étend également un peu aux parties latérales du pharynx à ce niveau ; rien à l'épiglotte, mais légère infiltration œdémateuse de la muqueuse de toute la portion sus-glottique du larynx. Ici, comme au cuir chevelu, le liquide infiltré est louche, et ne s'écoule qu'assez lentement après sa sortie des parties ;

8° Rien de particulier du côté de l'œsophage; *mais tout le pharynx*,

le larynx, la trachée et les bronches, dans leurs grosses divisions, offrent une rougeur très-marquée, ne disparaissant ni par le lavage, ni par la pression; c'est un piqueté dans certains points et des arborisations dans d'autres;

9° Les divisions ultimes des bronches sont saines, et, quant aux poumons, s'ils sont congestionnés, ils n'offrent aucune altération profonde.

Remarques. — En résumé, plaie du cuir chevelu, suivie d'érysipèle au dernier jour; érysipèle gagnant le pharynx et le larynx au troisième jour de son apparition et amenant la mort par asphyxie dûe à un œdème de la glotte consécutif.

Nous regrettons que dans cette observation si intéressante de laryngite érysipélateuse, on n'ait pas insisté plus longuement sur les signes locaux et l'aspect de la muqueuse malade, ainsi que sur les diverses altérations, telles que phlyctènes et pseudo-membranes, qu'elle pouvait présenter. Tout ce qui a trait à la pharyngite a été passé sous silence et bien naturellement puisque les auteurs avaient principalement en vue la terminaison de la laryngite érysipélateuse par l'œdème du larynx.

Nous avons été cependant très-heureux d'accepter l'offre obligeante de faire reproduire le dessin qui accompagnait cette observation et nous croyons qu'il peut présenter un certain intérêt. Outre la représentation de l'œdème si considérable des replis aryténo-épiglottiques, qui a amené la mort par asphyxie, cette planche reproduit aussi exactement que possible la coloration rouge si caractéristique qui distingue les muqueuses atteintes par la phlogose érysipélateuse et qui persiste même à l'autopsie.

C'est dans le but de donner une idée de cette rougeur si intense que nous nous sommes décidé à faire reproduire ce dessin.

MM. Dujardin-Beaumetz et Campenon, préoccupés surtout de la terminaison par œdème, font suivre leur observation d'un certain nombre de remarques sur lesquelles nous avons déjà attiré l'attention et dont nous détachons les suivantes.

L'œdème de la glotte trouve dans cette observation une explication nette et précise; il est directement produit par l'extension au larynx de l'angine érysipélateuse. Mais, si on parcourt les observations analogues, on est frappé de ce fait : c'est que tantôt il y a œdème des replis aryténo-épiglottiques, l'inflammation de la muqueuse ne dépassant pas l'orifice supérieur du larynx, et tantôt, au contraire, absence d'œdème; et cependant le larynx et la trachée sont atteints par l'érysipèle. Ne voyons-nous pas en effet dans les observations de Gubler (*Gaz. méd.* 1856), de J. Simon (Soc. méd. des hôpitaux), de Labbé (dans sa thèse), des érysipèles étendus au larynx, à la trachée, aux bronches et cela sans œdème, ou avec très-peu d'œdème aryténo-épiglottique.

Faudrait-il donc admette avec Bayle que « ce n'est pas sur les faces de l'épiglotte que se produit l'œdème coïncidant avec l'érysipèle de la face », et qu'ainsi s'expliquerait l'absence presque absolue de troubles fonctionnels dans les cas précités ? Non, sans doute; d'abord parce que rien de pareil n'est signalé dans les faits précédents, et ensuite parce que ceux de Gubler (thèse de Laillier, 1848), de Laborde (1861), et celui même qui fait le sujet de cette observation, sont des plus nets à l'égard d'un œdème considérable de la glotte, amenant la mort.

Ainsi donc, au point de vue de la terminaison fatale, dans les cas d'érysipèle pharyngien, nous constatons deux groupes distincts : dans l'un, l'œdème de la glotte con-

sécutif amène rapidement la mort par asphyxie; dans l'autre, ce phénomène asphyxique fait défaut, quoique l'inflammation ait gagné par continuité la trachée et les bronches.

Ne pourrait-on pas rattacher ces différences à la variété même de l'érysipèle de la face? Nous regrettons que les observations dont nous avons parlé plus haut soient muettes à cet égard. Dans un seul cas (Laborde), nous trouvons signalé « le gonflement considérable de la face et du cou »; il y eut œdème de la glotte et mort: il en était de même chez notre malade.

Si nos prévisions se réalisaient, il y aurait là un élément important du pronostic. Dans le cas d'érysipèle pharyngien consécutif à un érysipèle de la face, plus ce dernier s'accompagnerait d'un gonflement considérable de la peau, plus on aurait à redouter la terrible complication que nous avons observée. Nous pensons qu'il est bon d'apppeler l'attention sur ce point de l'étude de l'érysipèle et de ses complications.

Observation XIV.

Grave érysipèle de la tête et de la face, suivi d'un œdème du larynx. Trachéotomie. Guérison.
Observation publiée par le Dr Radcliffe, médecin de l'hôpital de Westminster, dans le n° 19 du journal *The Lancet* du 20 mai 1865.

Rien de plus formidable, à notre avis, que les suites de la laryngite érysipélateuse dont l'issue est presque toujours fatale, lorsqu'on n'a pas la présence d'esprit de recourir immédiatement à la trachéotomie.

Dans le cas suivant, les membranes du larynx furent envahies par l'extension de l'érysipèle extérieur, et la dyspnée se montra presque immédiatement après, prove-

nant surtout de l'infiltration sous-muqueuse des tissus sus-glottiques.

L'âge, la constitution de la malade, et les moyens rapidement mis en usage contribuèrent à amener un résultat favorable.

Anne H..., âgée de 17 ans, entre à deux heures du matin, le 12 novembre 1864, à l'hôpital de Westminster. Elle est atteinte d'un grave érysipèle de la face et du cuir chevelu. Les yeux, les lèvres sont énormément tuméfiés. L'ingurgitation, même des liquides, est des plus difficiles, à cause de la douleur et de la tuméfaction de la muqueuse pharyngienne. Il existe une légère dyspnée. La malade, *huit heures* auparavant, se portait encore parfaitement bien. Sa figure a commencé à enfler subitement. Du reste, la malade a été déjà plusieurs fois, dans le courant de sa vie, atteinte d'érysipèle de la face. Pendant la nuit, le gonflement augmente rapidement. A quatre heures du matin, il n'y a plus de doute à avoir sur la réalité de l'existence d'un œdème du larynx. L'asphyxie est presque complète. Les accès de suffocation se suivent sans relâche. Enfin, après quelques minutes d'hésitation, les symptômes deviennent si effrayants que la trachéotomie est décidée. L'opération, habilement conduite, réussit pleinement. La canule est introduite avec facilité. Immédiatement après la respiration redevient calme et naturelle, et la malade, merveilleusement soulagée, s'endort d'un sommeil paisible et réparateur.

Le lendemain les symptômes s'amendèrent graduellement, et la malade fut rapidement en état de quitter l'hôpital en pleine convalescence.

Remarques. — Cette observation, malheureusement beaucoup trop écourteé, n'en est pas moins remarquable, comme exemple de l'extrême rapidité de la propagation à l'intérieur d'un érysipèle externe et de la production non moins rapide d'un œdème laryngien capable de compromettre gravement la vie du malade.

Observation XV.

Erysipèle du pharynx. Propagation de l'érysipèle dans les fosses nasales, les sinus frontaux, à la muqueuso oculaire et à la peau de la face. Symptômes de phlegmon orbitaire. Guérison.

Observation recueillie par le Dr Rigal dans sa clinique de la ville, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 février 1869.

X..., directeur de filature, le 10 août 1866, est resté assis dehors le soir, par un temps pluvieux, exposé au vent, tête nue.

Le 11. Je suis appelé auprès de lui, et je constate un état fébrile modéré, accompagné de céphalalgie frontale assez vive, d'enchifrènement, et d'une sensation de douleur à la gorge, surtout au moment de la déglutition. La muqueuse a une coloration rouge foncé, uniformément répandue sur la totalité de l'isthme du gosier, et sur la paroi postérieure du pharynx.

Le 12. Mêmes symptômes.

Le 13. Même état fébrile; douleur de gorge plus vive. Toute la gorge, moins la luette, est parsemée d'un grand nombre de taches d'un blanc opalin, qui semblent très-nettement résulter de la rupture d'une vésicule et de l'affaissement de l'épithélium. Ces plaques blanches sont de forme irrégulière et ont en général la dimension d'une petite lentille. Quelques-unes sont constituées simplement par des points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle. La muqueuse est toujours d'un rouge intense, presque violacée; elle n'est que légèrement tuméfiée.

Je crois à une angine herpétique et indique un traitement approprié. Mais le soir, la légère céphalalgie du début devient d'une violence extrême; la douleur frontale est intense, incessante, lancinante, et la pression de cette région est douloureuse. La peau du front est légèrement tuméfiée, mais la coloration reste normale. Les yeux sont rouges, tuméfiés, larmoyants, *surtout à l'angle interne, au niveau des points lacrymaux*. En même temps le malade se plaint d'un sentiment de tension et de plénitude dans le haut des fosses nasales, de battements très-pénibles des artères frontales et temporales. Il répète à chaque instant qu'un fort saignement du nez lui procurerait un soulagement immédiat

Il y a évidemment une fluxion considérable de toute cette région, et j'ordonne 12 sangsues, posées deux par deux aux apophyses mastoïdes. Elles procurent une émission sanguine considérable, et

le malade, quoique très-affaibli, se trouve notablement soulagé. Les douleurs frontales, les symptômes de l'angine diminuent; les taches blanches, la rougeur ont disparu; la muqueuse paraît simplement légèrement exulcérée, dans les points correspondant aux phlyctènes.

Le 15. La fièvre est un peu diminuée; il n'existe plus de symptômes d'angine; la céphalalgie frontale a diminué, mais persiste cependant. La fluxion de l'œil gauche a disparu, mais celle de l'œil droit a, par contre, beaucoup augmenté; l'œil entier est envahi par un gonflement œdémateux très-douloureux : on dirait le globe oculaire repoussé en masse hors de l'orbite, et je commence à croire à un phlegmon de la cavité orbitaire.

M. le Dr Cusco, appelé par moi en consultation le même jour, constate les mêmes symptômes et croit aussi à un phlegmon orbitaire.

Le 16. Mêmes symptômes; il existe une légère rougeur sur la peau des paupières et de la joue.

Le 17. Toute la joue est envahie par une plaque d'érysipèle.

Le 18. La fièvre est tombée. Le gonflement des paupières est toujours le même, ainsi que la violente douleur.

Mais, le 19 déjà, tous les symptômes s'amendent, sans qu'il se forme d'abcès, comme nous le craignions. Depuis ce jour-là la convalescence a marché régulièrement, et le malade a pu être considéré comme guéri le 3 septembre.

Quatorze mois après, il a éprouvé une rechute, sans cause connue; mais tout s'est borné à l'apparition sur la paupière droite d'une plaque érysipélateuse qui a persisté trois jours seulement, accompagnée d'un léger état fébrile.

Puis, un an encore après, nouvelle rechute qui ne persista non plus que cinq ou six jours.

En résumé, un homme de 32 ans, habituellement bien portant, est pris en pleine santé de fièvre et de douleur à la gorge. Deux jours après, je constate une angine caractérisée par une coloration rouge foncé, une légère tuméfaction et la présence de plaques blanches paraissant avoir succédé à la rupture des vésicules. Ces symptômes durent quatre jours, puis idsparaissent complétement. A leur déclin apparaissent de nouveaux symptômes, indiquant l'inflammation des muqueuses nasale, oculaire, et des tissus frontaux. En même temps je constate une tuméfaction et une rougeur légère des paupières; en trente-six heures l'œil gauche revient à l'état normal, mais les phénomènes morbides siégeant à l'œil droit

acquièrent une intensité remarquable; la tuméfaction des paupières devient énorme; elle s'accompagne de chémosis, de troubles dans la vision; l'œil semble comprimé par le gonflement du tissu cellulaire de l'orbite. En même temps, paraît sur la joue droite une plaque érysipélateuse, qui envahit progressivement toute la région. L'érysipèle de la peau dure seulement deux jours, mais celui des paupières persiste, et pendant cinq jours ces organes restent tuméfiés et douloureux. Les troubles de la vue cessent au bout de quarante-huit heures, mais la tuméfaction des paupières, la douleur et la tension au niveau des arcades sourcilières, sont telles que, pendant cinq ou six jours, on peut croire à un phlegmon de l'orbite. Enfin la résolution s'opère et le malade entre en convalescence après quinze jours de maladie. Dans l'espace de deux ans, il éprouve deux récidives très-atténuées.

Remarques. — Cette observation présente un cas très-intéressant d'extension générale de l'érysipèle à toutes les muqueuses, non-seulement de la gorge et de l'arrière-bouche, mais encore des fosses nasales, du nez, et même à la muqueuse si fine qui tapisse les sinus frontaux. Les douleurs frontales si persistantes, l'enchifrènement, le sentiment si constant de tension, de plénitude, en font foi. Il est vrai que l'érysipèle cutané a été peu intense et que les phénomènes du côté des paupières et de l'œil ont été d'une telle intensité qu'on a pu mettre en doute l'existence même de l'exanthème, et croire à un phlegmon de l'orbite précédé et accompagné de quelques accidents inflammatoires de la gorge et de la peau, à la périphérie de l'orbite. Mais, si l'on réfléchit un peu, on verra que le malade a présenté tous les symptômes caractéristiques de l'angine érysipélateuse: tuméfaction peu prononcée de la muqueuse, coloration rouge foncé vineux; douleur vive; siége principal sur la muqueuse même du pharynx; production de phlyctènes de volume variable, se rompant très-rapidement et laissant des taches blanches formées

par des débris épithéliaux; enfin durée de trois ou quatre jours : cette multiplicité même des phlyctènes caractérise la forme du mal désigné sous le nom d'érysipèle miliaire et dont nous disons quelques mots à l'article Symptômes.

Quant à tout ce qui s'est passé du côté de l'œil droit, il s'agit simplement là d'un cas exceptionnel d'acuité des phénomènes inflammatoires du côté de la peau des paupières et d'une propagation exceptionnelle aussi au tissu rétro-orbitaire. Et d'ailleurs. comme l'ajoute fort bien M. le Dr Rigal à la suite de ces remarques, en supposant même qu'il y ait eu abcès rétro-orbitaire, ce ne serait pas une raison pour nier l'érysipèle simple; il suffirait d'admettre que l'érysipèle a provoqué la formation d'un abcès orbitaire, comme il en provoque si souvent lorsqu'il est à l'état d'érysipèle cutané simple. Du reste, nous avons encore un symptôme bien précieux pour le diagnostic, symptôme que nous tirons de la marche même si caractéristique de la maladie, dans le cas que nous étudions ici : y a-t-il rien en effet de plus propre à l'érysipèle que cette marche ambulante, continuellement et progressivement envahissante, atteignant de nouveaux tissus à mesure que ceux primitivement atteints commencent à reprendre leur état normal.

Du reste, lorsque M. le Dr Rigal fit part, au mois de janvier 1869, de son observation à la Société médicale des hôpitaux, tout le monde fut d'accord sur le diagnostic, et la discussion porta plutôt sur des points accessoires. M. le Dr Martineau s'éleva justement contre le titre d'angine érysipélateuse adopté primitivement, par M. Rigal, en tête de son observation. Il est évident en effet, comme nous l'avons déjà dit, que le mot *angine* n'indique pas assez exactement la nature de la maladie, et qu'il est

bien préférable, pour l'exactitude des termes, de dire érysipèle du pharynx.

Observation XVI.

Erysipèle de la face et du cuir chevelu, avec angine et coryza érysipélateux au début, et bronchite consécutive.
Observation recueillie à l'Asile d'aliénés d'Aix, dans le service de M. le Dr Pontier, par M. Dufour, interne du service.

M. B..., âgé de 60 ans, ancien colon algérien, entre comme mélancolique à l'Asile, le 5 décembre 1861.

A la suite d'un écoulement séro-purulent par l'oreille et d'une tuméfaction œdémateuse de la région mastoïdienne, la peau de cette région rougit, s'amincit et donne issue à une certaine quantité de pus.

Le lendemain matin, le malade éprouve tous les symptômes d'une angine violente. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont extrêmement tuméfiés et douloureux. L'écartement des mâchoires est des plus difficile, et c'est à peine si l'on peut apercevoir le voile du palais, rouge, sombre et tuméfié. Le pharynx présente une sécheresse extrême, la déglutition est très-pénible et s'accompagne d'une continuelle sensation de sécheresse et de chaleur.

Ces symptômes persistent pendant deux jours; au bout de ce temps on constate la rougeur et le gonflement du nez, puis des pommettes, et, le lendemain, la phlogose érysipélateuse envahit la face entière et le cou. La muqueuse nasale est le siége d'une inflammation déjà moins violente; l'écoulement de sérosité par les fosses nasales diminue.

Il existe une douleur vive et constante, augmentant par la pression, au niveau du larynx. Une toux sèche fatigue le malade, mais on ne constate rien par l'auscultation et la percussion.

Le 29. La dysphagie, le nasonnement et les autres symptômes vont en diminuant. On peut maintenant, en faisant ouvrir la bouche au malade, voir que la maladie était limitée en avant au voile du palais, dont la couleur rouge franchement délimitée contraste avec la teinte d'un blanc rose de la muqueuse de la voûte palatine et de la paroi interne des joues.

Dans la journée, l'érysipèle, qui recouvre toute la face, gagne le cuir chevelu.

Le 30. Les muqueuses envahies sont presque revenues à l'état normal; cependant la toux persiste, et, à l'auscultation, on constate un peu de rudesse de la respiration. Le malade rend quelques crachats muqueux. Son pouls est toujours à 120.

Le lendemain, la convalescence commence franchement; le malade ne se plaint plus que de la toux. Il existe toujours quelques râles muqueux dans les deux poumons, et il ne reste bientôt plus de tout cet appareil symptomatique qu'un peu de bronchite.

Remarques. — Il existait à ce moment-là à Aix une épidémie d'érysipèle qui avait atteint plusieurs malades de l'Asile des aliénés depuis une quinzaine de jours.

Nous avons encore ici un exemple de cette propagation successive de l'érysipèle qui après avoir débuté par le pharynx envahit progressivement la pituitaire, puis la muqueuse laryngienne, puis celle des bronches, en s'éteignant sur les parties primitivement atteintes, à mesure qu'elle en attaque de nouvelles. Ici encore les deux affections érysipélateuses, l'exanthème et l'énanthème, ont suivi une marche identique, et les parties primitivement atteintes, à la peau comme sur la muqueuse, ont été guéries en même temps.

Observation XVII.

Erysipèle du pharynx et des fosses nasales. Erysipèle de la face consécutif. Guérison.

Observation recueillie par M. Colas, interne des hôpitaux, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Jules Simon, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 novembre 1867.

Le 23 juin 1867, X..., infirmier, âgé de 26 ans, est entré salle Saint-Félix, n° 20, pour un violent mal de gorge, accompagné de fièvre, et survenu sans cause apparente. Le malade a toujours joui, du reste, d'une excellente santé.

Le 24 juin, le malade est anxieux; il se plaint d'une douleur violente de la région du pharynx, surtout au moment de la déglutition.

L'isthme du gosier et le pharynx présentent une coloration rouge vif, mais diffuse, plus accentuée à la face postérieure du pharynx. Il n'existe aucune trace de fausse membrane ni de productions pultacées; mais la muqueuse présente même un aspect lisse, vernissé, brillant. Loin d'être exagérées, comme c'est quelquefois le cas, les sécrétions muqueuse et salivaire semblent taries. A droite, un ganglion sous-maxillaire offre une légère augmentation de volume. A l'auscultation, on ne constate rien d'anormal, mais l'état général paraît profondément atteint. L'abattement est extrême, la peau brûlante, le pouls à 110. Le sommeil, l'appétit sont nuls, la soif intense.

La bénignité apparente des symptômes locaux, en présence d'une réaction générale si intense, m'avait frappé tout d'abord. Impossible d'admettre, en présence d'un pareil appareil symptomatique, l'existence d'une angine inflammatoire simple. Nous penchons vers une angine scarlatineuse, malgré l'absence des produits pultacés.

Le 25. La physionomie du mal est entièrement modifiée. Toute la partie centrale de la face est tuméfiée et bouffie; en outre, sur la région du nez et des narines, existe un érysipèle, facile à reconnaître. La peau de cette région est chaude, tendue, douloureuse; elle est circonscrite par le bord festonné qui en forme le principal caractère. On constate en outre un grand nombre de petites phlyctènes irrégulièrement disséminées au pourtour des orifices des fosses nasales. Le malade raconte qu'il ne portait aucune écorchure en ce point, et nous nous en assurons par un examen attentif. Cette nappe érysipélateuse forme un cercle d'un diamètre de 5 ou 6 centimètres, dont l'orifice des fosses nasales présente le maximum d'intensité. Enfin il est facile, en y plongeant le regard, de suivre l'extension de l'inflammation sur la muqueuse des cornets et des méats. Quant à la rougeur de la muqueuse pharyngienne, elle a sensiblement diminué; les piliers sont seuls encore fortement colorés.

Pas de sécrétion morbide ni salivaire. La langue est seulement blanche et couverte d'un enduit saburral.

Le ganglion sous-maxillaire droit demeure toujours douloureux et tuméfié. Pendant que les symptômes locaux ont présenté ces particularités, l'état général est devenu de plus en plus inquiétant : agitation continuelle la nuit, et, depuis onze heures du soir, alternatives incessantes de subdelirium et d'abattement profond; la peau est très-sèche, brûlante; le pouls toujours à 110; le

soir, le délire et la fièvre s'exaspèrent. L'érysipèle s'étend sur la face des deux côtés à la fois, atteint les régions sourcilière et sous-maxillaire.

Le 26, troisième jour de la maladie. Le délire a persisté toute la nuit, et persiste encore : c'est un délire incohérent avec agitation continuelle des lèvres et respiration anxieuse, 48 fois par minute. De temps en temps le malade est pris d'une toux sèche, et cependant on ne constate encore rien à l'auscultation et à la percussion. Peau toujours brûlante. Pouls dur et plein, à 120. Quant à l'érysipèle, il s'étend toujours; à présent il gagne sur les côtés, les deux oreilles; en bas, la partie supérieure du cou; en haut, le front, en s'arrêtant toutefois au cuir chevelu qu'il a respecté. Au niveau du nez, l'intensité de l'exanthème diminue; aux vésicules ont succédé des croûtes impétigineuses qui obstruent les deux narines, de manière à suspendre complétement le passage de l'air. La conjonctive est fort injectée et recouverte d'une sécrétion muqueuse et gluante.

Le pharynx n'offre plus de coloration pathologique. La luette seule reste rouge et gonflée. Il y a toujours absence de sécrétion morbide. La langue est rouge vers les bords et la pointe; les dents sont enduites de fuliginosités. L'inappétence reste complète; absence de diarrhée. Urines rouges et rares.

Le traitement a été jusqu'ici : pour le premier jour, un émétocathartique et 5 centigrammes d'extrait thébaïque; pour le second, un purgatif et la même dose d'opium. Cette médication, on le voit, n'a rien produit, et, comme tout dans l'état du malade indique plutôt une congestion cérébrale, produite par l'extension de l'érysipèle sur la tête, qu'un simple délire nerveux, et que d'ailleurs j'avais souvent vu succomber des malades arrivés à ce degré d'anxiété et de perversion de toutes les fonctions, je prescrivis une saignée de 500 grammes, malgré toutes les chances possibles de voir une phlébite mortelle en être la suite.

Vainement tentée à droite, la saignée réussit au bras gauche et donna un caillot épais et fibrineux. — Quelques heures après une amélioration sensible survint; au délire succède un calme complet; les réponses indiquent un retour de l'intelligence; — le pouls perd son ampleur et sa résistance et tombe à 100. Tel est le résultat de la saignée.

Le 27, quatrième jour de l'éruption, il devient évident que l'érysipèle a été avantageusement modifié, bien qu'il se soit encore étendu au cuir chevelu, et particulièrement à la région occipitale.

Il s'éteignit désormais sur toute la face, et la gorge n'en présenta plus aucune trace. La convalescence s'établit, et, le 17 juillet, le malade put être envoyé à Vincennes.

M. le Dr Simon fait suivre son observation d'un certain nombre de considérations dont nous détachons les suivantes. Contrairement aux affirmations de M. Cornil, il doute qu'on puisse jamais diagnostiquer avec certitude l'érysipèle du pharynx par les seuls signes locaux que présente cette affection. Voici, du reste, ses propres expressions :

« Etant donnée une inflammation diffuse de la muqueuse pharyngienne, accompagnée d'une réaction générale trop vive pour la ranger dans le groupe des inflammations pures et simples, pourra-t-on la rattacher immédiatement à une fièvre éruptive ou à un érysipèle interne? La coloration rouge cramoisi, les petites saillies de la muqueuse, les productions pultacées des amygdales permettent sans nul doute de songer plus spécialement à la scarlatine. Et encore cette éruption, dans des cas tout à fait exceptionnels il est vrai, peut ne point apparaître au bout de vingt-quatre heures, ce qui est en général son heure réglementaire..... Quant aux caractères propres de l'érysipèle du pharynx, je ne saurais vraiment les préciser ; — ce qu'on a dit des vésicules sur l'isthme du gosier n'est point la règle, et la diffusion, la violence de la rougeur de la muqueuse, ne peuvent suffire à le distinguer. Cette pénurie de signes particuliers et le peu de fréquence de cette affection permettent de n'y pas songer. »

Observation XVIII.

Erysipèle du pharynx, propagé à la face par les fosses nasales et les voies lacrymales. Forme gastrique. Guérison.

Observation recueillie dans le service de M. le Dr Gallard, à l'hôpital de la Pitié, par M. S. Pozzi, interne du service, et publiée dans la *Gazette des Hopitaux* du 21 avril 1868.

Céline L..., lingère, âgée de 25 ans. Entre le 21 mars, dans la salle Notre-Dame, pour un érysipèle de la face.

Le 13 mars, huit jours après avoir rendu visite à une personne

atteinte d'érysipèle de la face, la malade a été prise de frissons, de nausées, de courbature et d'un violent mal de gorge, caractérisé par une sensation de brûlure et de sécheresse; la déglutition est très-pénible. Il existe un engorgement considérable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, entraînant la tuméfaction et la raideur du cou, et rendant même douloureux l'écartement des mâchoires.

La fièvre est forte; l'appétit, le sommeil sont nuls; la soif est vive.

Du 13 au 17. Le mal de gorge persiste avec violence et un sentiment de cuisson continuelle; puis son intensité décroît très-rapidement, pendant que la muqueuse nasale devient elle-même le siége d'une cuisson très-incommode, sans grande exagération dans la sécrétion.

Dans la nuit du 18, la malade éprouve un sentiment de cuisson au niveau de l'angle interne de l'œil droit. Le matin la paupière est gonflée et rouge. L'érysipèle de la face débutait.

D'abord limité à cet angle interne de l'œil et à la paupière inférieure, l'exanthème prit une extension rapide, et, à la fin de la journée, il avait déjà envahi la presque totalité de la joue gauche.

En même temps les symptômes généraux redoublaient d'intensité; la fièvre s'allumait plus vive, et il y avait des vomissements répétés.

Le lendemain, 20, l'érysipèle apparaît également à l'angle interne de l'œil gauche et s'étend sur la joue correspondante.

Le 21, la malade entre à l'hôpital et nous fait avec une précision extrême le récit qu'on vient de lire des premiers jours de sa maladie. Le pouls est fréquent, la peau sudorale, la langue blanche. Il existe un engorgement notable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. L'inspection de la gorge révèle une simple injection, une arborisation vasculaire. L'angine et ses symptômes immédiats ont complètement disparu depuis trois jours.

L'érysipèle s'étend sur les deux joues; mais, tandis qu'il est à peine prononcé à gauche, la joue droite est complètement envahie. Là la rougeur forme une plaque très-nettement délimitée, dont le contour, commençant à l'angle interne de l'œil, suit le sillon naso-labial, puis va rejoindre l'angle externe par une ligne courbe qui part de la commissure labiale, et longe la branche montante du maxillaire inférieur; l'œil droit est à demi recouvert par ses paupières œdématiées.

A gauche, la rougeur érysipélateuse est moins étendue et moins

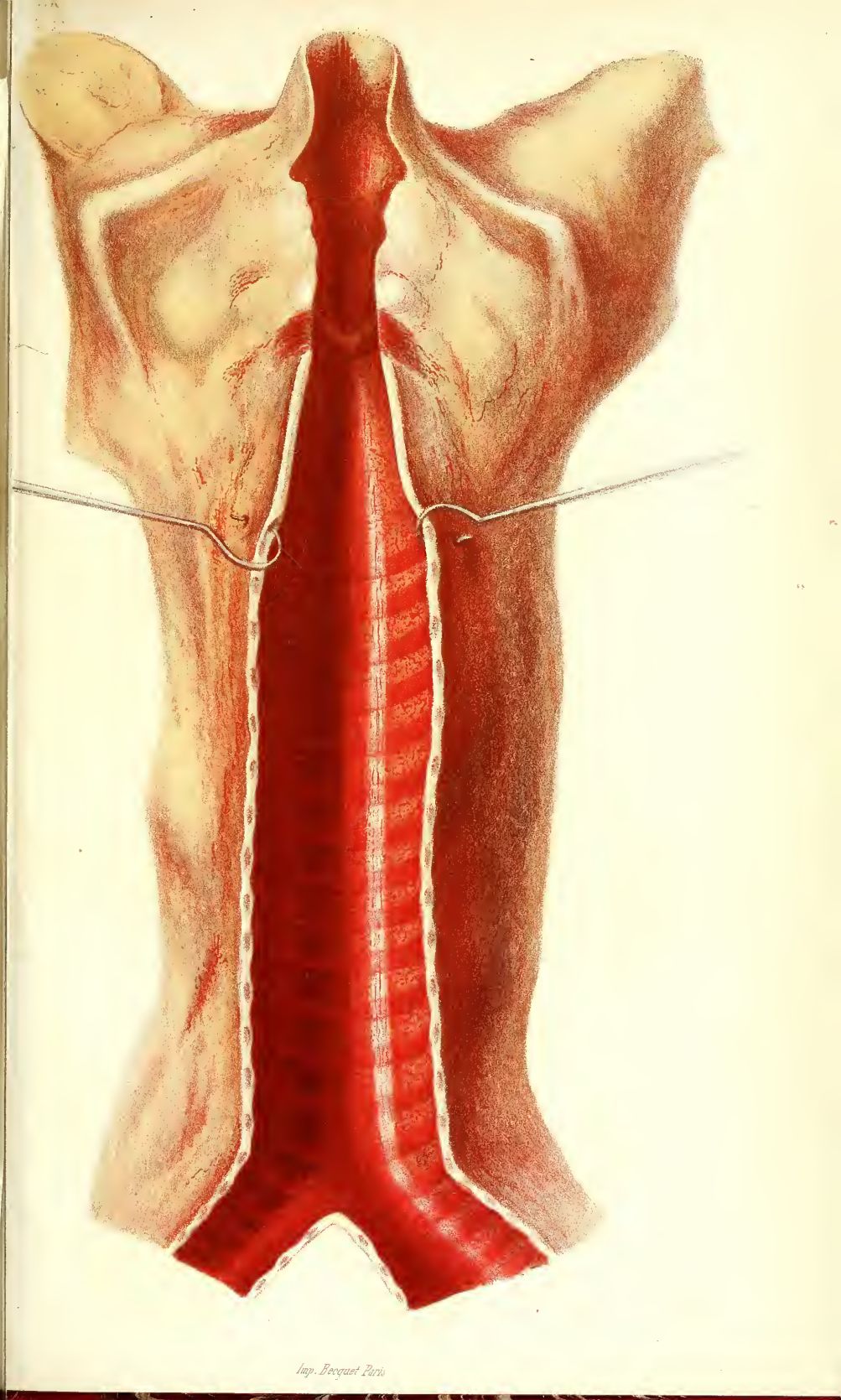
prononcée; elle semble avoir été tracée par un coup de pinceau qui, parti par un trait délié de l'angle interne de l'œil, serait venu s'étaler et se perdre sur la pommette en une teinte diffuse. La paupière inférieure est seule notablement œdématiée.

Le 22. L'érysipèle a envahi la totalité de la joue gauche, et s'est étendu au front que couvrait déjà la veille une légere teinte rosée; par là se trouvent réunies les deux plaques érysipélateuses, qui, dans tous le reste de la face, restent séparées par le nez et le menton que l'éruption à respectés.

Du 23 au 25, le mal décroît progressivement, et la guérison s'achève sans encombre.

Remarques. — Il n'y a aucun doute à avoir sur la véracité des explications de la malade au sujet du début de son affection. Il s'agit donc bien là d'un érysipèle débutant par le pharynx, et la marche ultérieure de l'énanthème ne laisse aucune incertitude à ce sujet. L'érysipèle a évidemment débuté par la muqueuse pharyngienne où il se révèle par cette douleur de gorge si cuisante et si vive et par l'engorgement inflammatoire des ganglions cervicaux. Après avoir gagné les fosses nasales, il est venu faire irruption à la face par les conduits lacrymaux de chaque côté successivement. Tel n'est pas, comme on le sait, le mode le plus fréquent de propagation à la peau de l'érysipèle pharyngien, et plus généralement elle se fait par la muqueuse nasale ou buccale, et quelquefois par plusieurs voies simultanément. Le service de M. Gallard en possédait en même temps un cas; chez le malade en question, l'érysipèle après avoir occupé la gorge pendant trois jours, a passé à la face d'abord par les fosses nasales et les narines, puis un jour après a gagné le pavillon de l'oreille, par la trompe d'Eustache.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.



Imp. Becquet Paris